全国厚生労働関係部局長会議資料（Ⅱ）

平成２２年１月１４日（木）
於：低層棟講堂（２Ｆ）

医　　政　　局

目　　　　　次

（重点事項）

（予算概要等）

（連絡事項）

（関係資料）

重　点　事　項

１．医師確保対策について

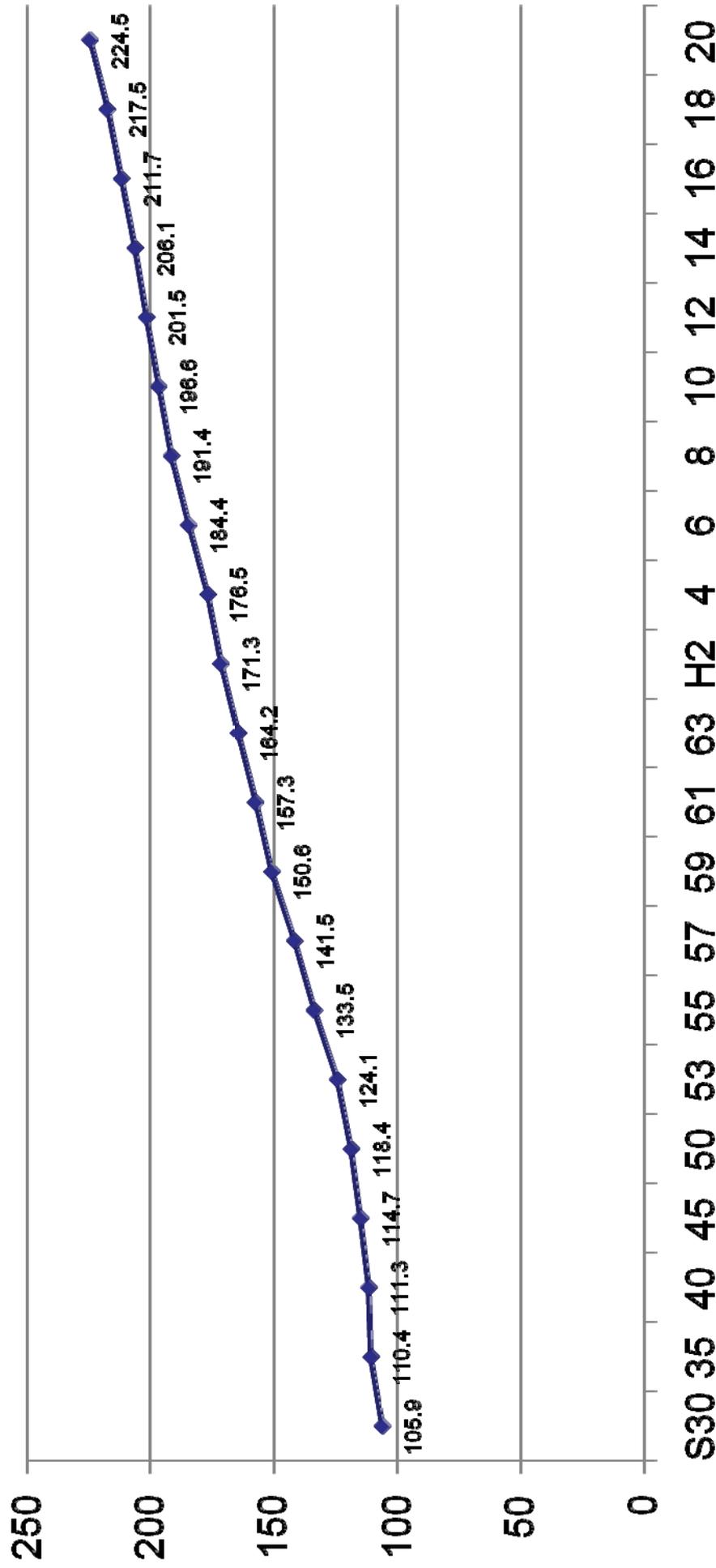
我が国においては、医療の高度化、高齢者の増加等による医療全体のニーズの伸びに、医師数の増加が追いついておらず、また、人口当たり医師数が OECD 平均を下回っており、医師の絶対数が不足していることが指摘されている。
また、へき地等の地域における偏在、救急・産科を始めとした診療科における偏在が生じており、さらに特に病院の医師が夜勤・当直などで疲弊し、厳しい勤務環境となっている。

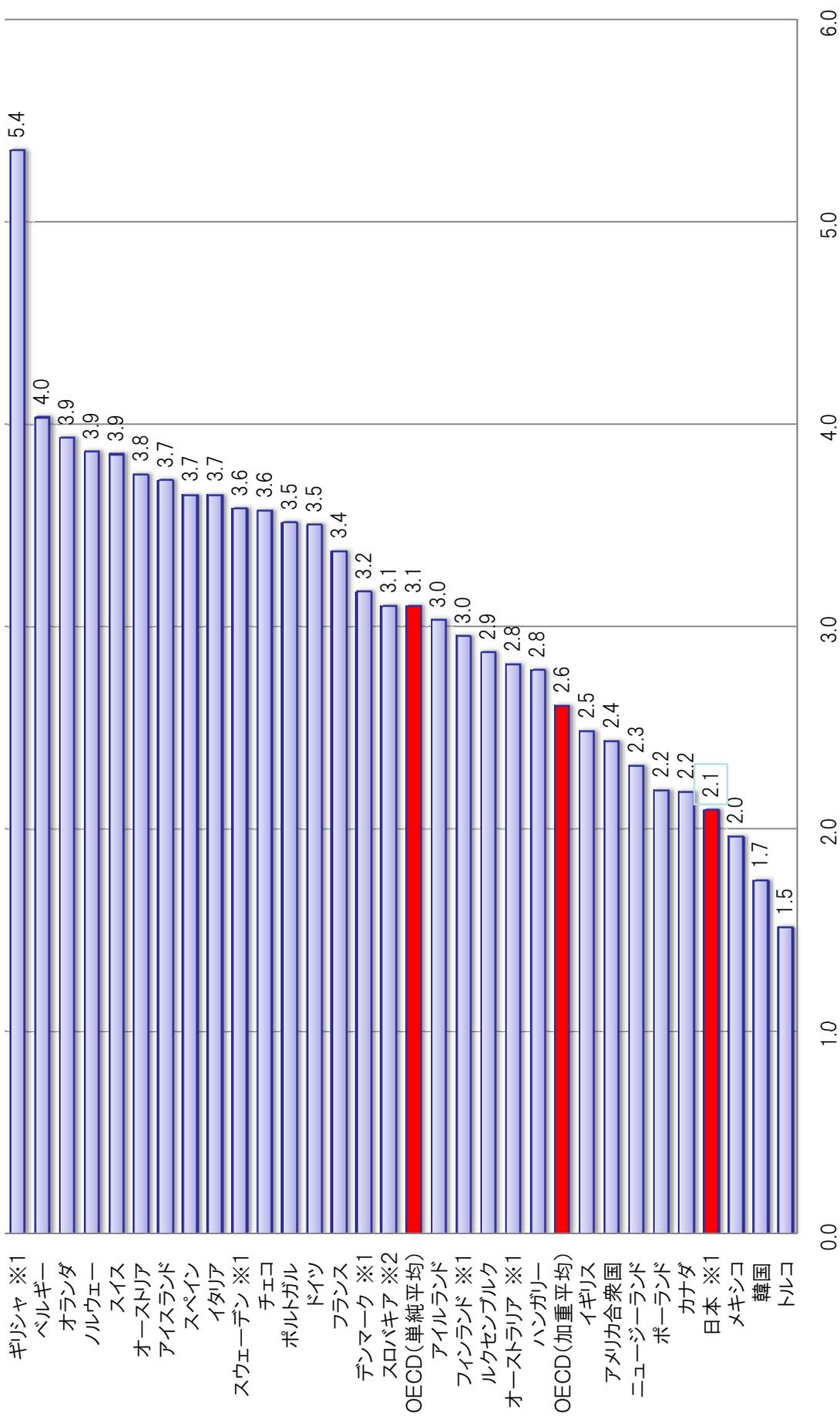
このため、医師数について、増員する方向で施策を実施してきており、本年度医学部定員を過去最大規模まで（8,486 名）増員するとともに、来年度も、さらなる増員（360 名程度）を行う予定。
また、短期的な施策として、平成 22 年度予算案において、地域や診療科による医師の偏在解消等のため、
・　厳しい勤務環境で働く医師を応援するための救急医療、分娩、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援
・　医師不足地域の臨床研修病院において研修医が宿日直等を行う場合の医療機関への財政支援
・　出産・育児等により離職している女性医師の復職支援のための都道府県への受付・窓口の設置等の支援
・　病院内保育所の運営等に対する財政支援の拡充
等を計上。

さらに、平成 21 年度第一次補正予算において、都道府県に「地域医療再生基金」を設置し、平成 25 年度までの 5 年間、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく地域の医師確保、医療機能の強化等の取組を支援することとしている。

また、予算だけではなく、制度面での対策として、
・　「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、看護師など各医療関係職種の専門性を活かした適切な役割分担について検討（平成 21 年度末までに具体策を取りまとめ）
・　文部科学省と厚生労働省が一体となって、臨床研修制度の見直しを実施
など、様々な対策を実効性ある形で推進しているところ。

人口10万対医師数の年次推移

○　近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師数は、毎年3,500～4,500人程度増加。
（医師数）平成10年 24.9万人 → 平成20年 28.7万人　（注）従事医師数は、27.2万人

（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

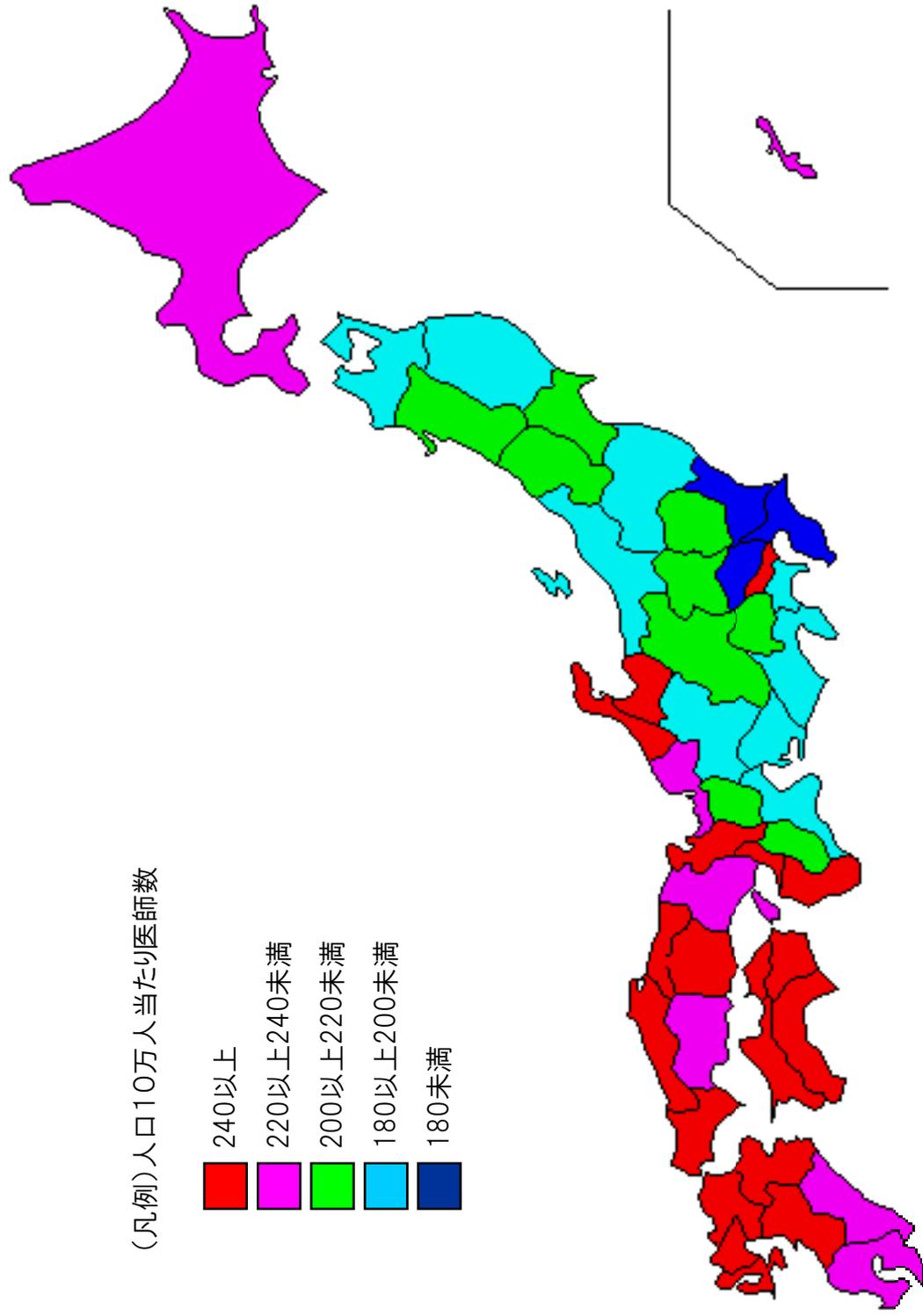
人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2007年(平成19年))

※1 2006 ※2 2004

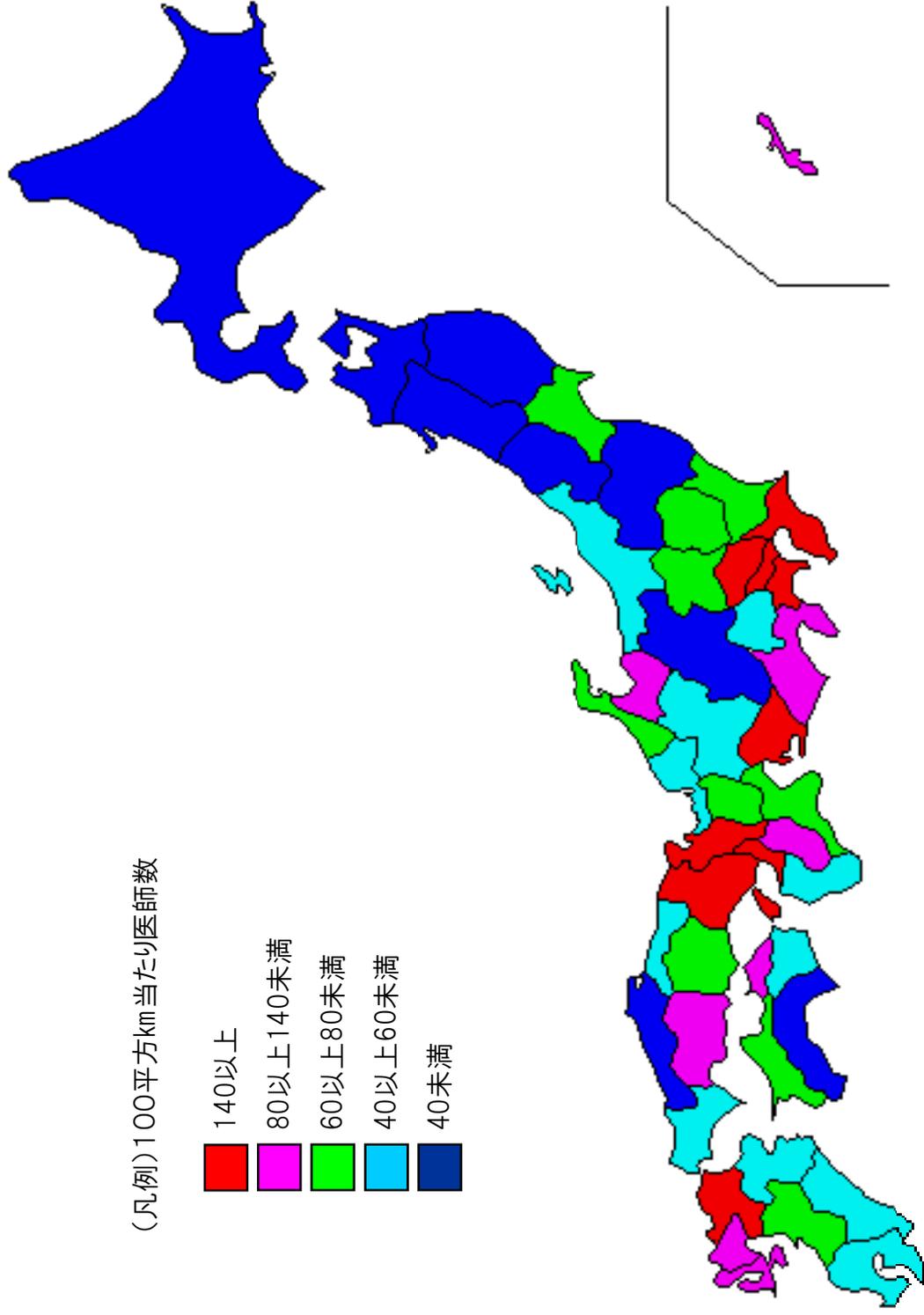
注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

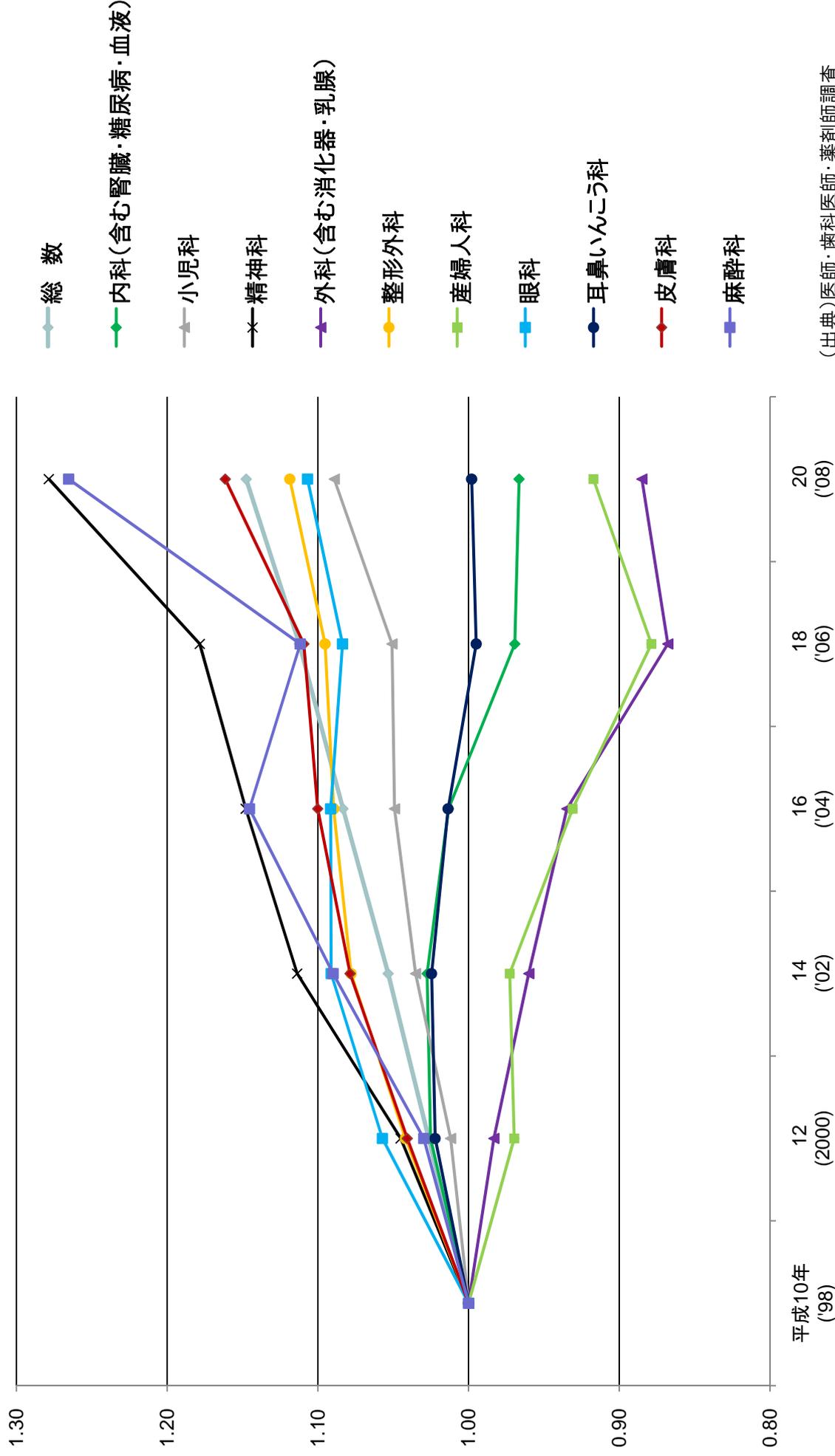
OECD Health Date 2009(平成21年)より

人口10万人当たり医師数の分布(平成20年)

(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

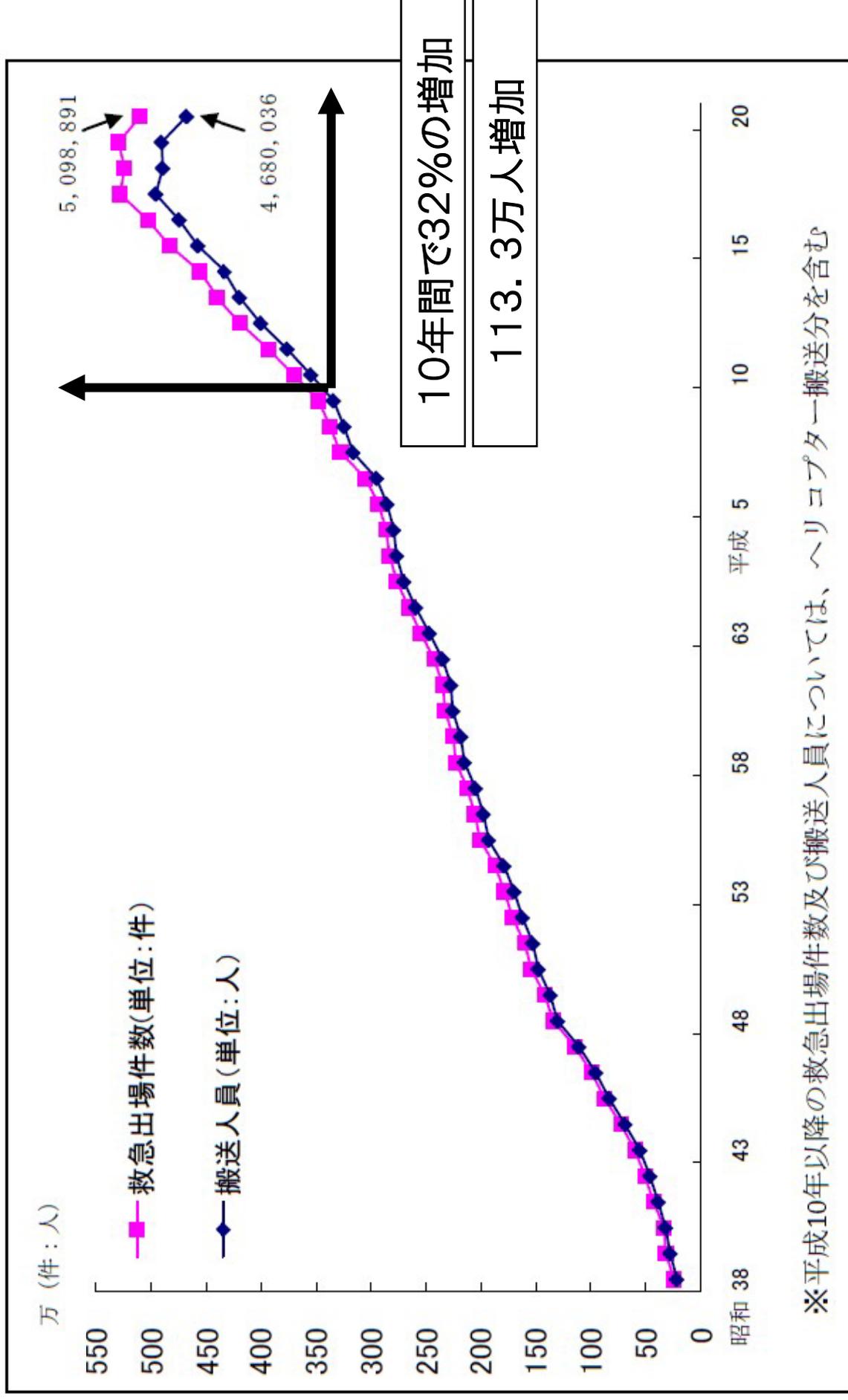
100平方km当たり医師数の分布（平成20年）

（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移（平成10年を1.0とした場合）

○　多くの診療科で増加傾向。
○　外科、産婦人科は減少傾向にあったが、平成20年に増加に転じた。

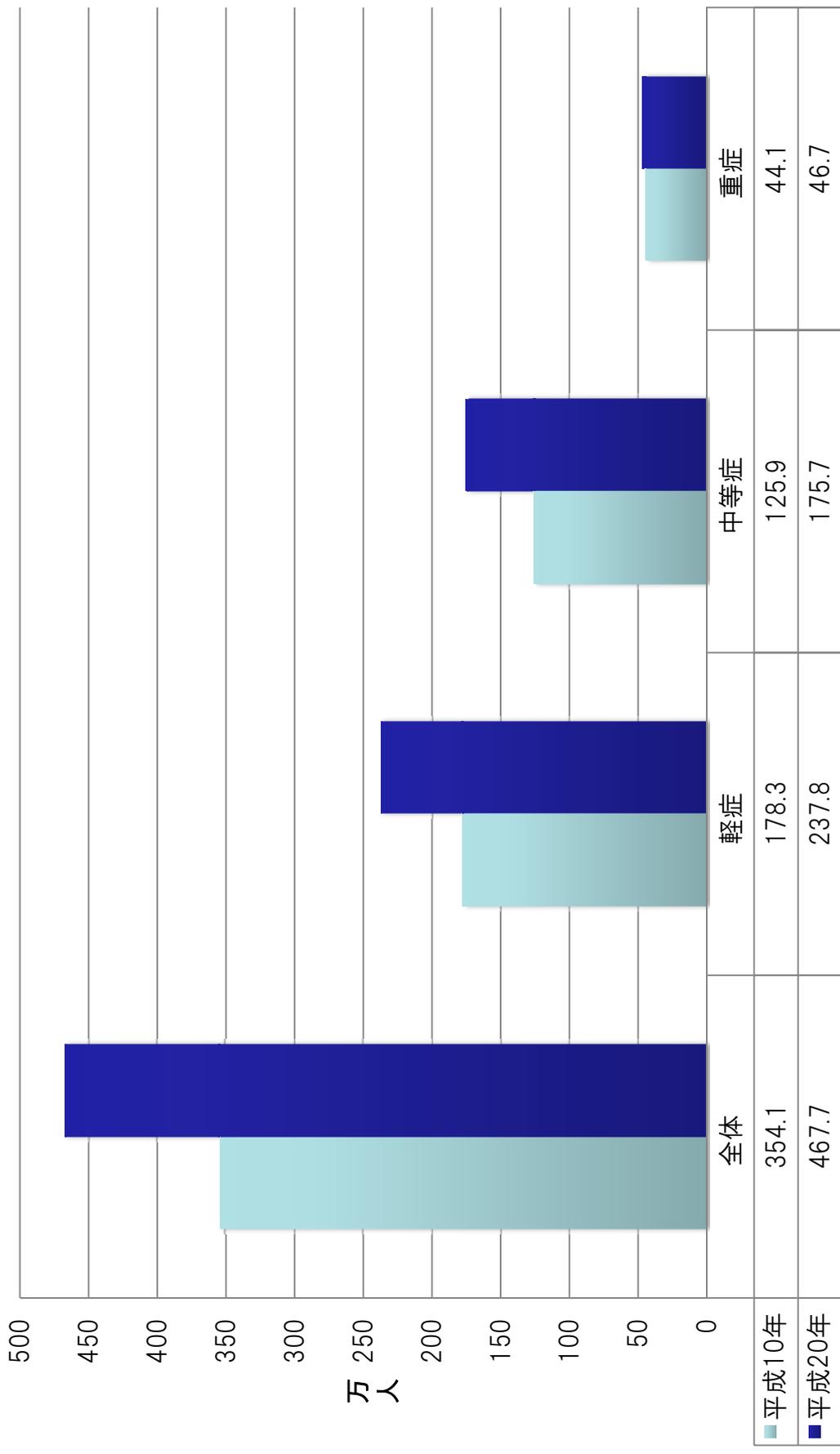
（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

救急出動件数及び搬送人員の推移

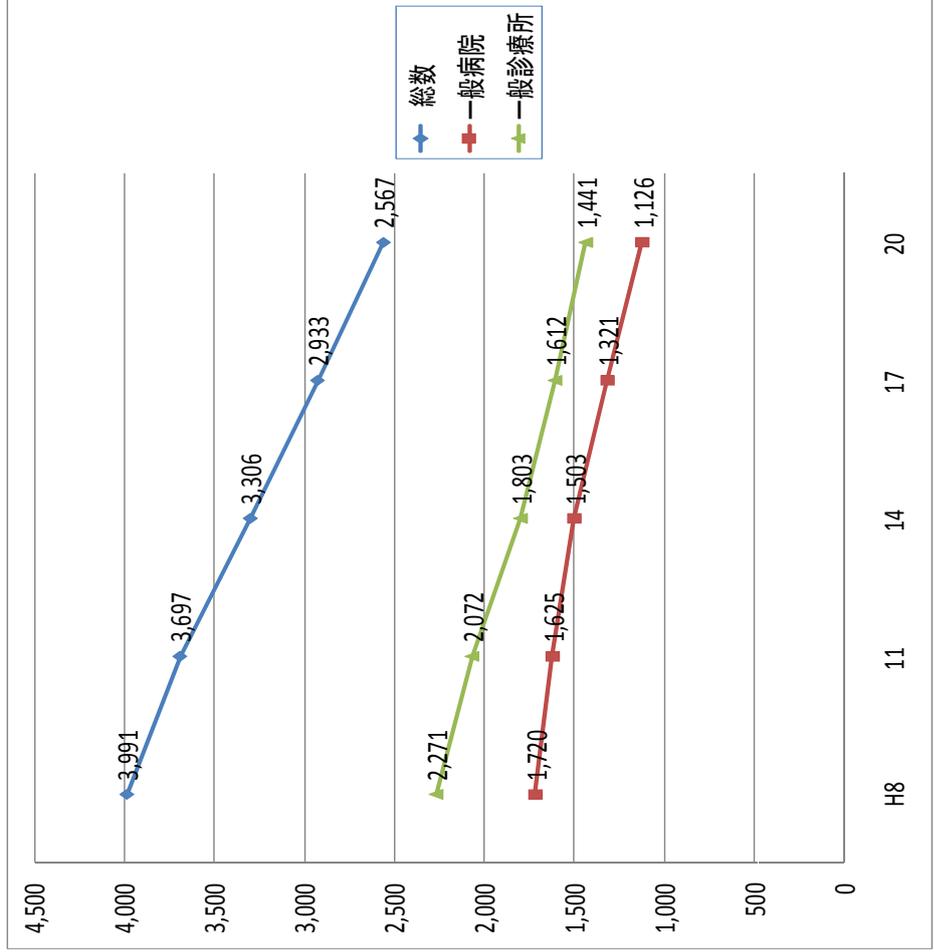
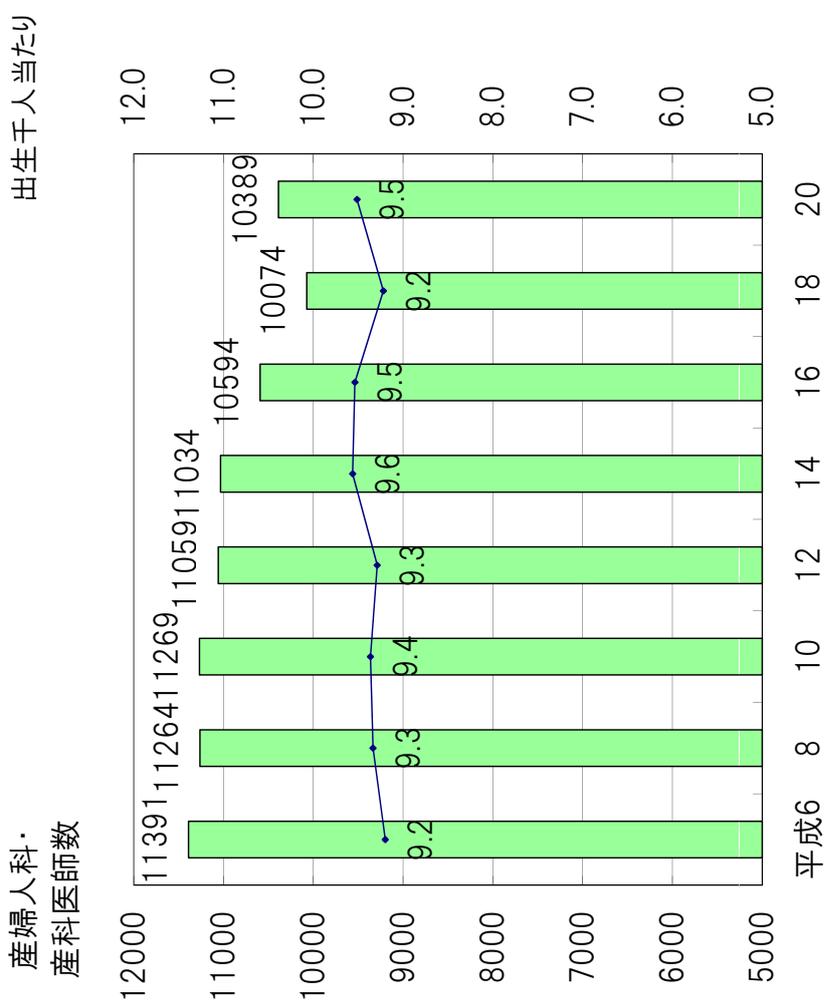
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増。

「救急・救助の現況」「救急・救助の概要」（総務省消防庁）

過去10年間の急病による救急搬送人員の変化（重症度別）

○　10年間の変化はほぼ、軽症者・中等症者の搬送人員増によるものである。

	全体	軽症	中等症	重症
平成10年	354.1	178.3	125.9	44.1
平成20年	467.7	237.8	175.7	46.7

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

産婦人科・産科医及び分娩取り扱い施設の推移

産婦人科医数及び分娩の取り扱い施設及び産婦人科・産科医数はともに減少しているが、出生数の減少に伴い、出生数当たりの産婦人科・産科医数はほぼ横ばいで推移。

「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による医師の従業時間

<u>医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究を除いたもの</u>を従業時間とすると、年齢階級別の従業時間は次のとおり。

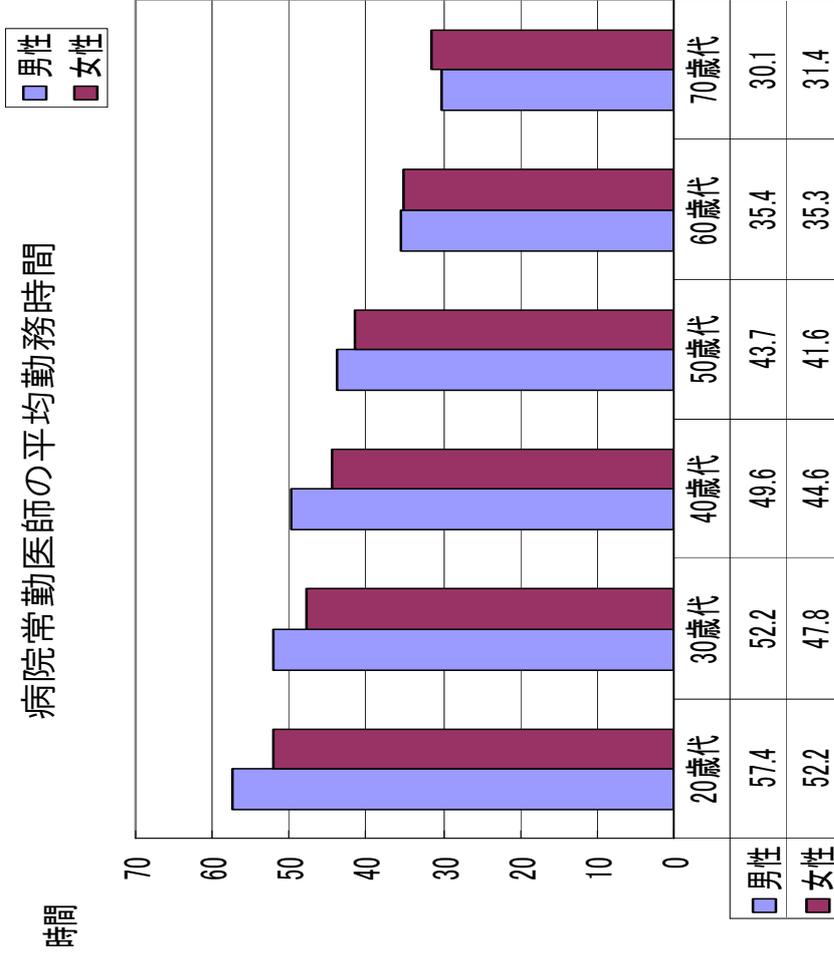
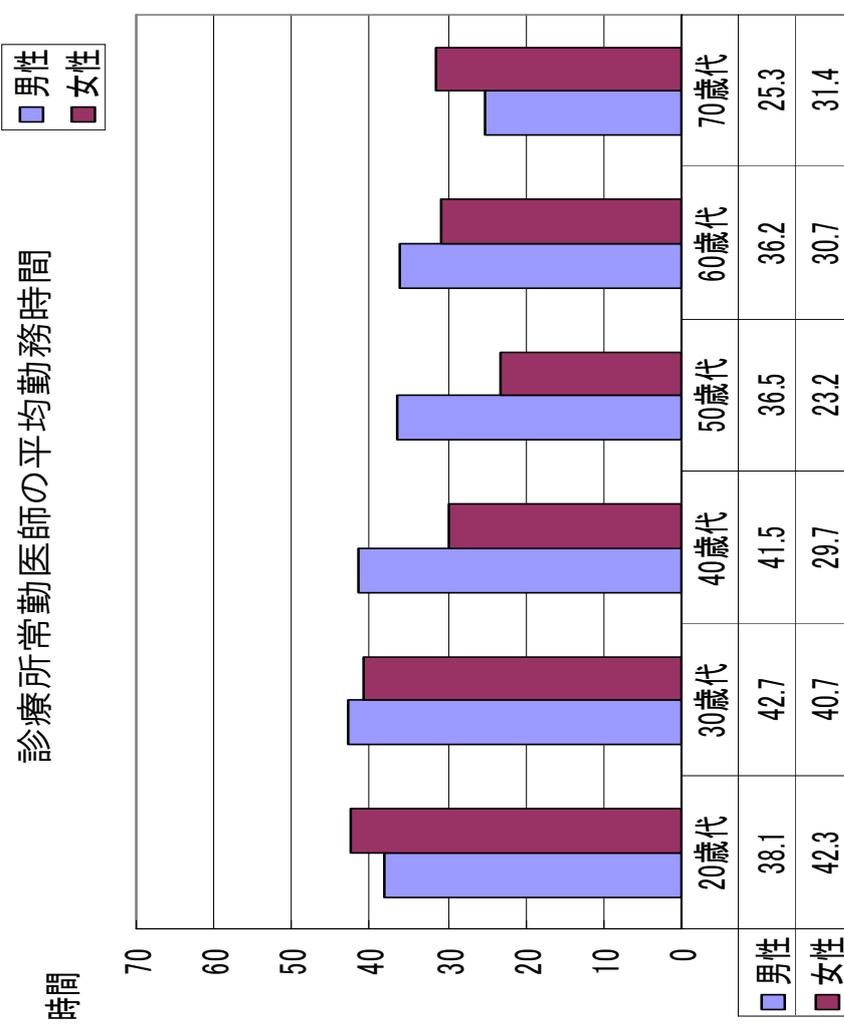
（病院常勤医の平均従業時間は平均で週48時間だが、診療所常勤医の平均従業時間は平均すると週40時間を下回る）

※ なお、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、平均週63時間。

病院常勤医師の平均勤務時間

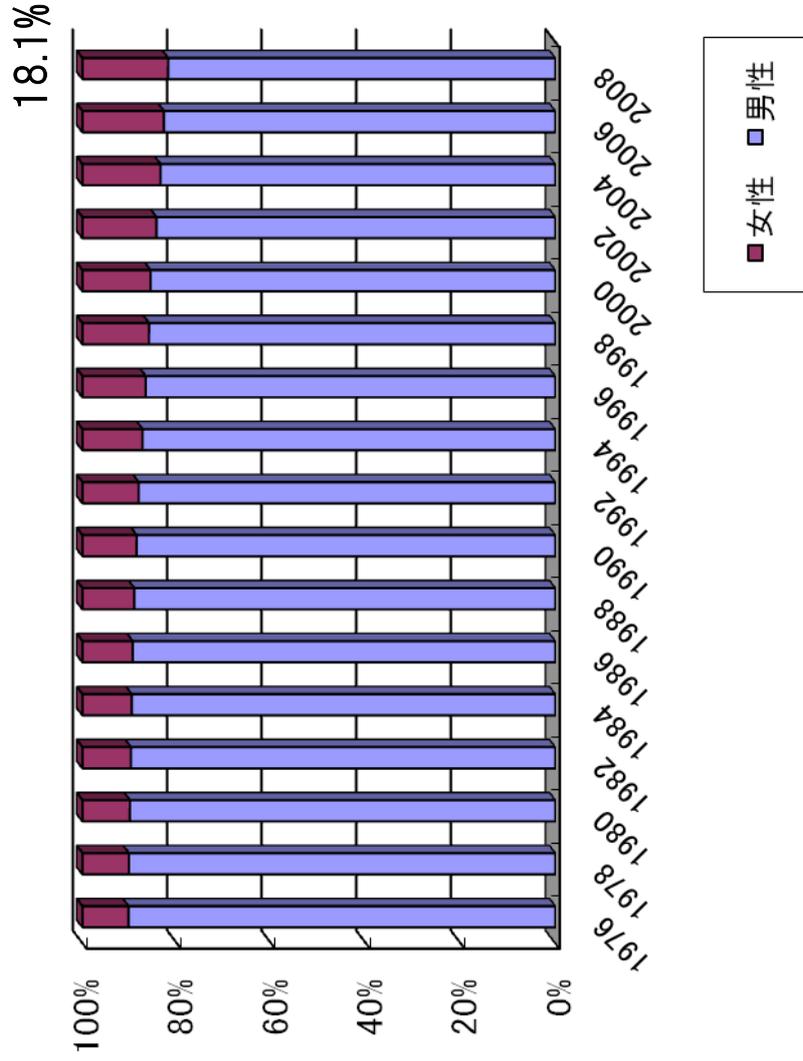
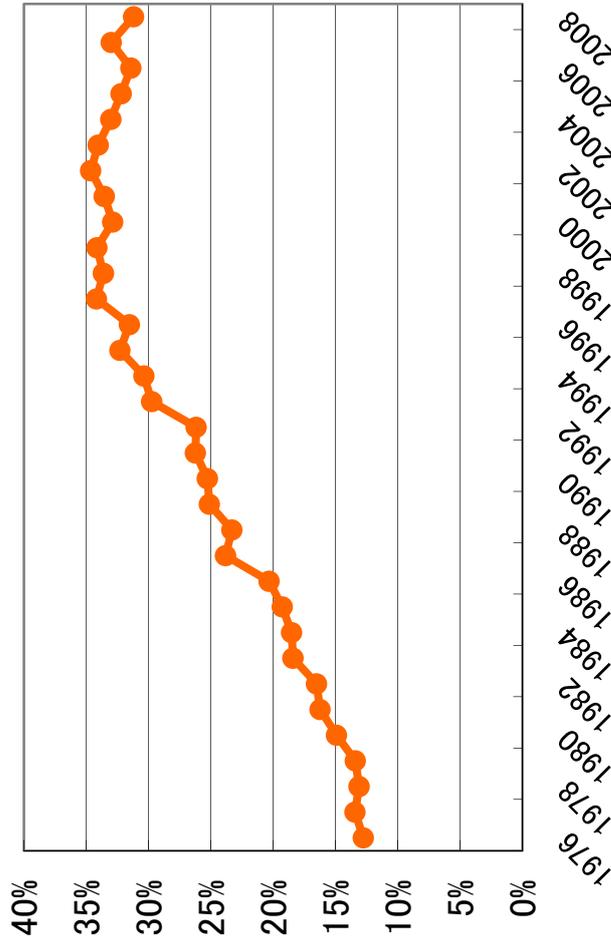
	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
男性	57.4	52.2	49.6	43.7	35.4	30.1
女性	52.2	47.8	44.6	41.6	35.3	31.4

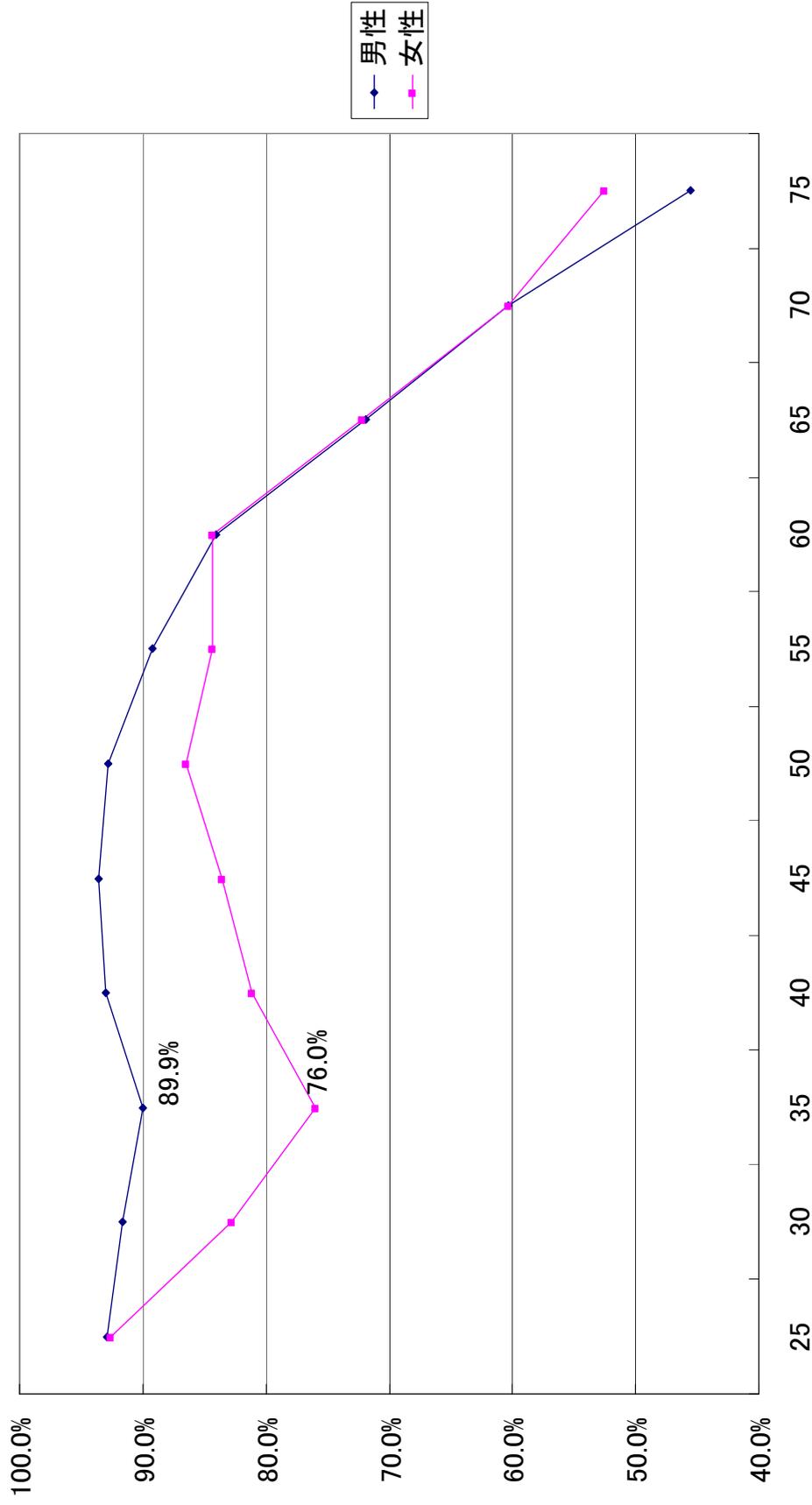
診療所常勤医師の平均勤務時間

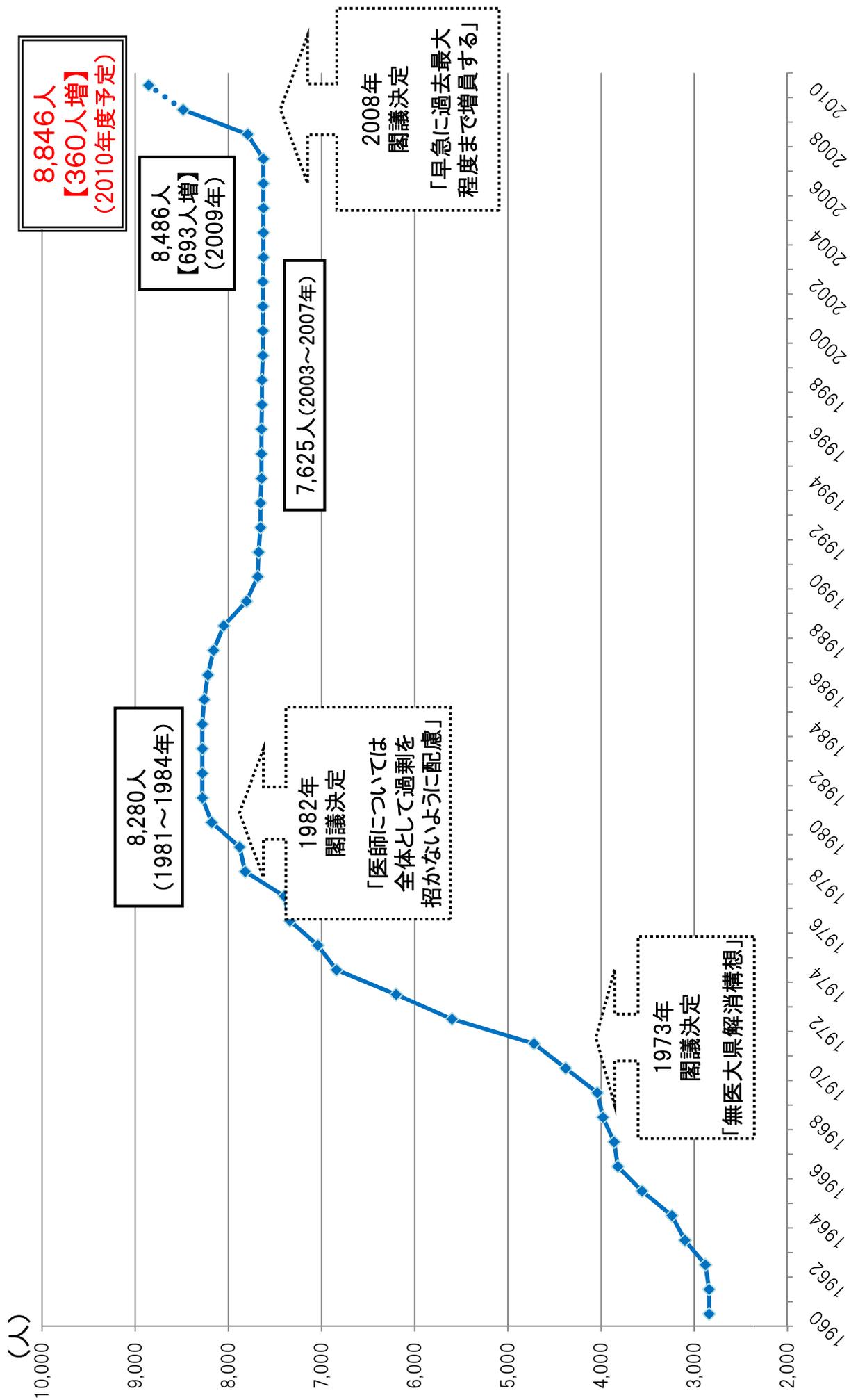
	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
男性	38.1	42.7	41.5	36.5	36.2	25.3
女性	42.3	40.7	29.7	23.2	30.7	31.4

（出典）「日本の医師需給の実証的調査研究」

女性医師の推移

○　全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成20年時点で18.1%を占める。

○　近年、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっているなど、若年層における女性医師の増加は著しい。

女性医師の従業率のM字カーブ

女性医師が医師として就業している率は、医学部卒業後、年が経つにつれて、減少傾向をたどり、卒業後11年（概ね36歳）で75．5％で最低となった後、再び就業率が回復していく。

（注）医師が25歳で卒業すると仮定した場合の就業率である。
「日本の医師需給の実証的調査研究 」（主任研究者 長谷川敏彦）

医学部入学定員の年次推移

平成22年度予算案における地域・診療科による医師の偏在解消施策について（主なもの）

救急勤務医支援事業　2,063,164千円（2,044,967千円）

（カッコ内は21年度予算額。以下同じ）

救命救急センター及び第二次救急医療機関（総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターを含む）に勤務する救急医（産科医、麻酔科医、新生児科医、小児科医等を含む）の処遇改善を図るため、休日・夜間において救急勤務医手当（宿日直手当や超過勤務手当とは別）を支給する。

（対象経費）　勤務医に対する手当（救急勤務医手当）
（補助先）　都道府県（間接補助先：厚生労働大臣が認める者）
（補助率）　1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
（積算単価）　土日祝日の昼間13,570円／回、夜間18,659円／回
（創設年度）　平成21年度

産科医等確保支援事業　2,243,867千円（2,770,207千円）

産科医等の処遇を改善しその確保を図るため、分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援を行う。

（対象経費）　産科医等に対する手当（分娩取扱手当）
（補 助先）　都道府県（間接補助先：市町村、厚生労働大臣が認める者※）
※高額な分娩費用を得ている分娩取扱機関を除く。
（補助率）　1／3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
（積算単価）　10千円／件
（創設年度）　平成21年度

産科医等育成支援事業　44,000千円（　64,600千円）

臨床研修修了後の後期研修で産科を選択する者の処遇改善を行う医療機関に対して財政支援を行い、産科を志望する若手医師等の確保を図る。

（対象経費）　産科後期研修医に対する手当（研修医手当等）
（補助先）　都道府県（間接補助先：市町村、厚生労働大臣が認める者）
（補助率）　1／3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
（積算単価）　1人あたり月額5万円
（創設年度）　平成21年度

新生児医療担当医（新生児科医）確保事業（新規）　121,833千円（　0千円）

過酷な勤務状況にある新生児医療担当医（新生児科医）の処遇を改善するため、出産後NICUへ入室する新生児を担当する医師に対し手当を支給する。

（対象経費）　出産後NICUに入る新生児を担当する医師に対する手当
（補助先）　都道府県（間接補助先：市町村、その他厚生労働大臣が認める者）
（補助率）　1/3（国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
（積算単価）　10,000円（新生児1人入院するごと）
（創設年度）　平成22年度

産科・小児科宿日直研修事業経費　259,290千円(261,180千円)

産科、産婦人科、小児科における臨床研修において研修医が宿日直を行った場合に研修医とともに当直を行う指導医等の手当について財政的支援を行う。

(対象経費)指導医等の手当
(研修人員)6，450人
(補助先)公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院
(補助率)定額
(積算単価)67千円(月額)／1人
(創設年度)平成19年度

女性医師等就労支援事業　286,010千円(409,845千円)

出産・育児及び離職後の再就業に不安を抱える女性医師等に対し、各都道府県において受付・相談窓口を設置して、復職のための研修受入医療機関の紹介や出産・育児等と勤務との両立を支援するための助言及び就労環境の改善を行い、女性医師等の離職防止や再就業の促進を図る。

(対象経費)　相談窓口経費:コーディネーター謝金、消耗品費等
　　　　　　病院研修経費:指導医謝金、賃金等
　　　　　　就労環境改善経費:就労環境改善に必要な経費
(補助先)　都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率)　1/2(国1/2、都道府県1/2)
(創設年度)　平成20年度

病院内保育所運営事業　2,058,904千円(1,994,375千円)

子供を持つ看護職員、女性医師をはじめとする医療従事者の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児の保育を行う病院内保育所の運営に対する支援を行う。

（対象経費）　保育士等人件費、委託料
（補助先）　都道府県(間接補助先：民間の医療機関)
（補助率）　1/3(国1/3、県1/3、事業者1/3)
（積算単価）

		平成21年度		平成22年度	対前年度比
(1)	運営費	1,132か所 1,131,740千円	→ →	1,150か所 1,161,171千円	+18か所 +29,431千円
(2)	24時間保育促進費	655か所 789,262千円	→ →	623か所 750,703千円	△32か所 △38,559千円
(3)	病児等対応型施設	56か所 43,248千円	→ →	57か所 44,020千円	+1か所 +772千円
(4)	緊急時一時保育加算	25か所 30,125千円	→ →	25か所 30,125千円	±0か所 ±0千円
(5)	児童保育加算（新規）			80か所 72,885千円	+80か所 +72,885千円
		1,994,375千円		2,058,904千円	＋64,529千円

（創設年度）　昭和49年度

地域医療再生基金の概要

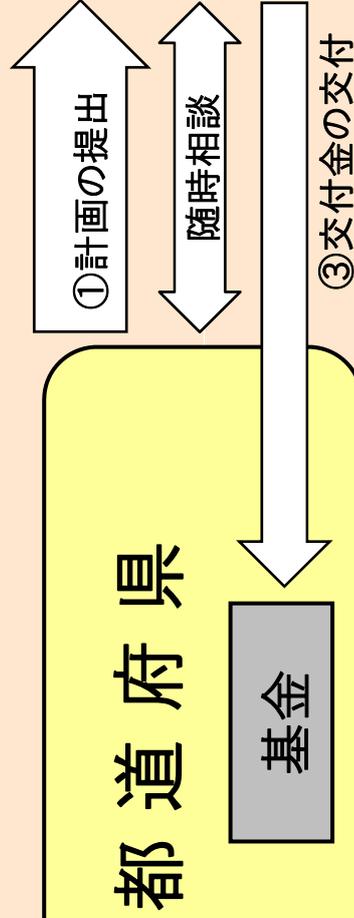
○地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
○従来の病院毎（点）への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体（面）への支援。

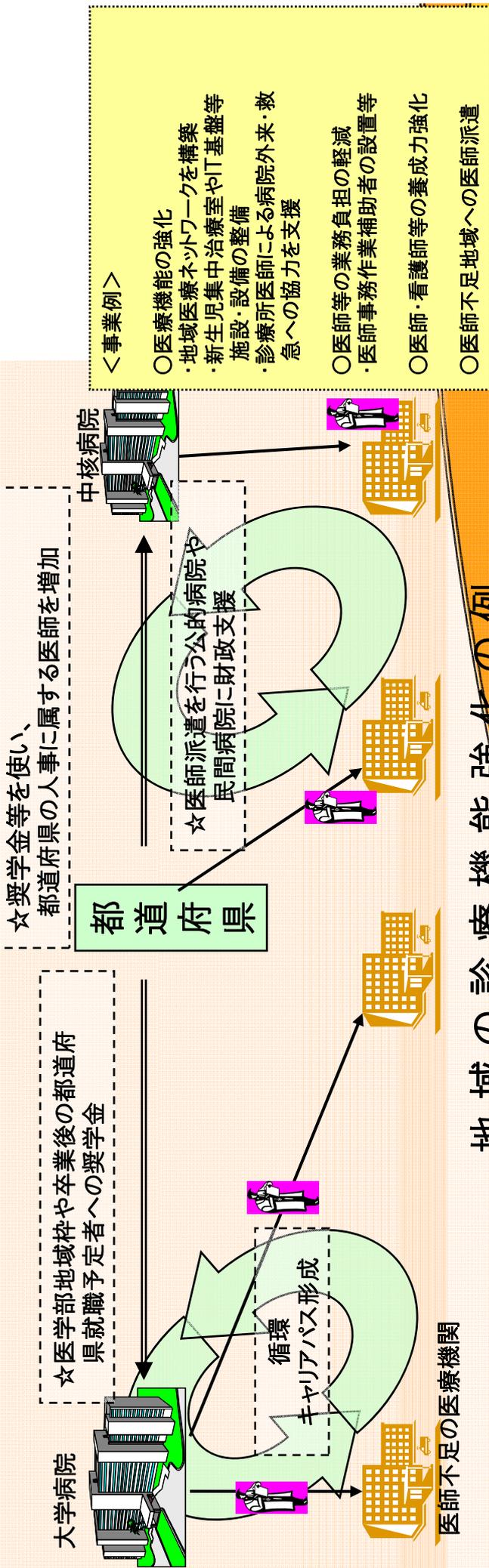
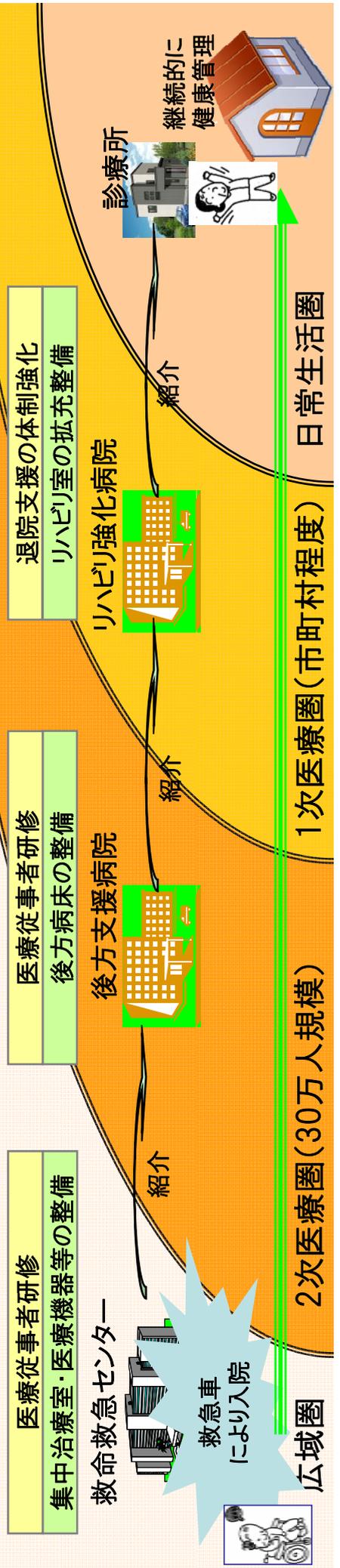
事業概要

○対象地域　二次医療圏を基本とする地域
○対象事業　地域の実情に応じて自由に事業を決定
　ただし、医師確保事業は必須要件
○計画期間　平成25年度までの5年間
○予算総額　2,350億円（25億円×94地域）

スケジュール

6月5日	都道府県へ交付要綱等を発出
10月16日	750億円の執行停止を閣議決定
11月6日	地域医療再生計画の提出期限
12月18日	都道府県に対する交付金の額の内示
1月8日	交付金の交付申請期限
1月中	都道府県に対する交付金の交付決定

手続の流れ

地域医療再生事業(21年度補正予算)

・都道府県は2次医療圏(人口30万人程度)を選定して地域医療再生計画を策定。
都道府県は5年間程度の基金を設置し、医師確保や地域の診療機能強化に取組み、国は財政支援。
【文部科学省、総務省と連携】

チーム医療の推進に関する検討会

趣旨

チーム医療を推進するため、厚生労働大臣の下に有識者で構成される検討会を開催し、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方等について検討を行う。（平成21年度末までに具体策を取りまとめる予定）

構成員

○座長

秋山　正子　ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長
有賀　徹　昭和大学医学部救急医学講座教授
井上　智子　東京医科歯科大学大学院教授
海辺　陽子　NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大熊　由紀子　国際医療福祉大学大学院教授
太田　秀樹　医療法人アスムス理事長
加藤　尚美　日本助産師会会長
川嶋　みどり　日本赤十字看護大学教授
坂本　すが　日本看護協会副会長
朔　元則　国立病院機構九州医療センター名誉院長
島崎　謙治　政策研究大学院教授
瀬尾　憲正　自治医大麻酔科学・集中治療医学講座教授
竹股　喜代子　亀田総合病院看護部長
○永井　良三　東京大学大学院医学研究科教授
西澤　寛俊　全日本病院協会会長
羽生田　俊　日本医師会常任理事
宮村　一弘　日本歯科医師会副会長
山本　信夫　日本薬剤師会副会長
山本　隆司　東京大学大学院法学政治学研究科教授

臨床研修制度の見直しの概要

1　見直しの趣旨

臨床研修制度の基本理念の下で臨床研修の質の向上を図るとともに医師不足への対応を行う。

※基本理念…医師としての人格のかん養と基本的な診療能力の修得

2　見直しの内容

(1)研修プログラムの弾力化

・必修の診療科は内科、救急、地域医療とする。　※従来は、内科、外科など7診療科が必修。

・外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目とする(2科目を選択して研修を行う)。

・一定規模以上の病院には、産科・小児科の研修プログラムを義務付ける。

(2)基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

・新規入院患者数、救急医療の提供などについて、基準を強化する。

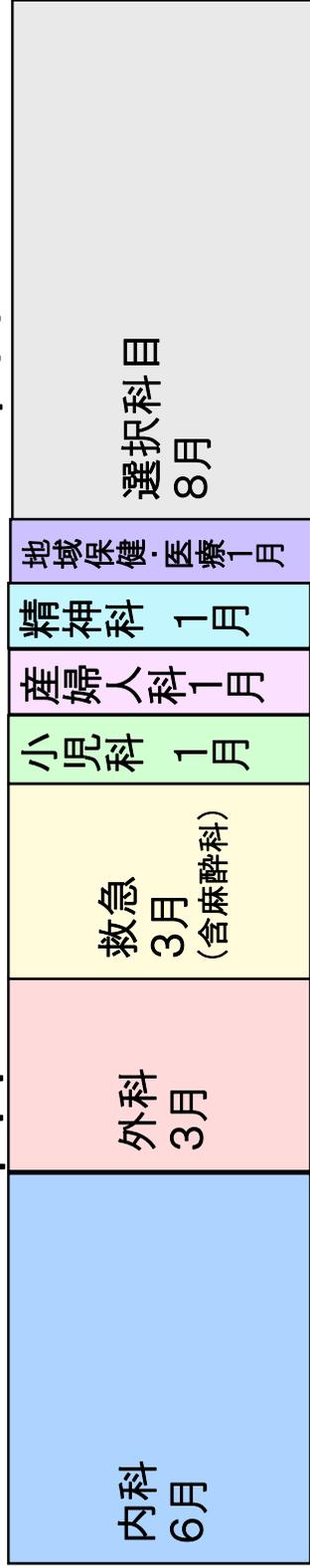
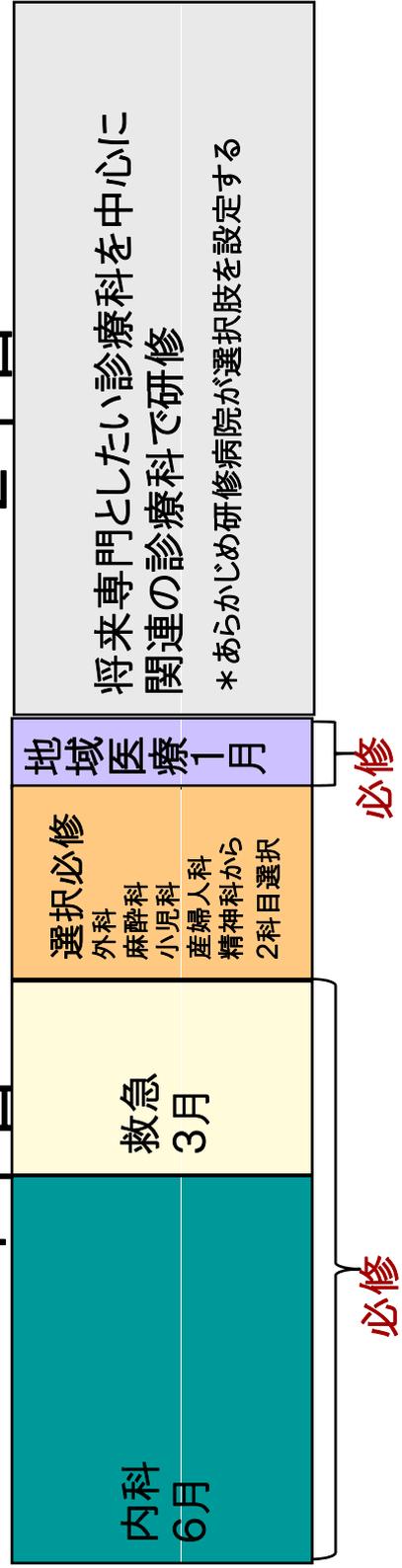
・新基準を満たさなくなる病院は、研修医の受入実績等を考慮し指定の取り消しを行うか否かを決める。

(3)研修医の募集定員の見直し

・都道府県別に募集定員の上限を設定する。

・病院の募集定員は、研修医の受入実績や医師派遣等の実績を踏まえ設定する。

・募集定員が大幅に削減されないように、前年度採用内定者数(マッチ者数)を勘案して激変緩和措置を行う。

研修プログラム見直しのイメージ

２．救急医療・周産期医療等の確保について

(1) 救急医療体制の充実について

（救急患者の医療機関による円滑な受入れ）

○　救急利用が大きく増加するとともに、軽症患者が二次・三次救急医療機関を直接受診する等により、これらの病院の受入能力に限界が生じている。

○　傷病者の搬送及び受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、平成21年５月に消防法の一部改正（平成21年法律第34号）が行われ、都道府県は、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を定めるとともに、実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされた。

厚生労働省及び総務省消防庁では、平成21年10月に「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書」を取りまとめ、各都道府県に対し「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」（平成21年10月27日付け医政発第1027第3号・消防救第248号）を発出したところである。

各都道府県においては、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書」を参考にして、地域の医療提供体制、傷病者の搬送及び受入れの状況等地域の実情に応じた、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を速やかに策定するようお願いする。

○　また、平成22年度予算案において、新規事業として、
①　傷病者の搬送及び受入れの実施基準に基づき、受入困難患者の受入れを確実に行う医療機関の空床確保に対する支援
②　診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合の支援
③　急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援
を盛り込んでいるので、各都道府県においては、消防部局と連携を図りつつ、補助事業を積極的に活用し、救急患者が円滑に医療機関に受け入れられるために必要な取組を進めるようお願いする。

○　さらに、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるＰＤＣＡサイクル（plan－do－check－act cycle）による実施基準の評価・見直しが重要であり、各都道府県においては、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実態調査を行うようお願いする（平成22年度予算案において、実態調査のための経費を盛り込んでいる）。

（重篤な小児救急患者に対する救急医療の確保）

○　小児医療については、他の先進国と比べ、乳児死亡率は低いものの、１～４歳児死亡率は高くなっており、小児の救命救急医療を担う医療機関等を整備する必要性が指摘されている。

○　このため、平成21年７月の「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間取りまとめ」を踏まえ、平成22年度予算案において、

①　「超急性期」にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター（仮称）」の運営に対する支援

②　超急性期後の「急性期」にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備に対する支援

③　小児への集中的・専門的医療を担う小児科医を養成するための研修に対する支援

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

（ドクターヘリの導入）

○　ドクターヘリ（医師が同乗する救急医療用ヘリコプター）は、早期治療の開始と迅速な搬送により、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げている。

○　ドクターヘリの全国的な配備を目標として、平成13年度からドクターヘリ導入促進事業を行っており、平成20年度からは、都道府県負担の半分が特別交付税により措置されている。

さらに、平成22年度予算案において、

①　ドクターヘリ導入促進事業の充実（補助基準額：約１億７千万円→２億１千万円、か所数：24機分→28機分）

②　ドクターヘリに搭乗する医師及び看護師の研修（委託事業）

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、地域の実情に応じて、ドクターヘリの導入について検討するようお願いする。

(2) 周産期医療体制の充実について

○　平成21年３月の「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」を受け、周産期医療対策事業の実施要綱に基づく周産期医療体制整備指針を見直すこととしており、平成21年８月に各都道府県に対し周産期医療体制整備指針（案）を送付したところである。

平成22年１月中に周産期医療体制整備指針に関する通知を発出する予定であるが、各都道府県においては、速やかに周産期医療体制整備計画を策定するようお願いする。

○　平成22年度予算案においては、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」を踏まえ、ＮＩＣＵの確保（出生１万人対25床～30床を目標）、産科合併症以外の合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等を図るため、

①　総合周産期母子医療センターの運営に対する支援（ＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・

ＧＣＵの運営支援、産科合併症以外の合併症を有する母体を受け入れる体制整備の支援、診療所医師が休日・夜間に診療支援を行う場合の支援）

② 地域周産期母子医療センターの運営に対する支援（ＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・ＧＣＵの運営支援、診療所医師が休日・夜間に診療支援を行う場合の支援）

③ ＮＩＣＵにおいて、新生児を担当する医師の手当に対する支援

④ ＮＩＣＵ等に長期入院している小児が在宅療養へ移行するための地域療育支援施設（仮称）を設置する病院への支援

⑤ 在宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる病院に対する支援

等を盛り込んでいる。

各都道府県においては、これらの補助事業を積極的に活用し、地域の周産期医療体制の整備に取り組むようお願いする。

３．地域医療再生基金について

(1) 地域医療再生基金（地域医療再生臨時特例交付金）について

○　平成21年度第一次補正予算において、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に地域医療再生基金を設置。

○　従来の病院毎（点）への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画（平成21～25年度）に基づく対象地域全体（面）への支援。

(2) 地域医療再生計画の着実な推進について

〔**有識者会議による事前評価・事後評価の実施**〕

①　地域医療再生計画の開始に当たって

各都道府県において２地域でモデル的に医療課題の解決に取り組むこととしているが、厚生労働省に設置する有識者会議において、各地域医療再生計画（案）に対する事前評価を行い、地域医療再生基金のより効果的・効率的な活用に向けた技術的助言を行うこととしている。

具体的には、１月下旬の交付決定時に各地域医療再生計画に対する技術的助言を付すこととしているので、各都道府県においては、有識者会議の助言を踏まえた上で事業を行うようお願いする。

②　地域医療再生計画の実施中において

地域医療再生計画は平成25年度までの計画であり、各都道府県においては、地域医療再生計画に定める事業に関して、毎年度、目標の達成状況を評価し、実績報告を厚生労働省に提出するようお願いする。

各都道府県から報告された実績報告について、有識者会議において事後評価を行い、その進捗状況等について確認し、その後の地域医療再生計画の改善に向けた技術的助言を行うこととしている。

③　地域医療再生計画の終了後において

地域医療再生計画の終了後においても、有識者会議において、各地域医療再生計画の事後評価を行い、特に有効であった事業の全国的な展開に向けた技術的助言を行うこととしている。

〔**都道府県における事後評価の実施**〕

各都道府県においては、毎年度、目標の達成状況を評価し、実績報告を厚生労働省へ提出するとともに、評価結果及び有識者会議の技術的助言を次年度以降の地域医療再生計画に反映するようお願いする。

また、地域医療再生計画の終了後においても、地域医療を継続的に確保することが重要であり、平成26年度以降も実施する必要がある事業の継続について留意するようお願いする。

４．医療機能情報提供制度について

○　平成１８年の医療法改正により、住民・患者による病院等の適切な選択を支援するため、病院等に対し、医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけ、都道府県知事は報告を受けた情報を住民・患者に対し分かりやすい形で提供すること（医療機能情報提供制度）とされたところである。

○　当該制度は、平成２０年度中に運用を開始し、インターネットを通じて公表することとされている。（別紙１）

○　現在、各都道府県において、当該制度の運用が開始されている。（別紙２）

○　厚生労働省ホームページにおいても、当該制度の概要を紹介するとともに、各都道府県の掲載ページへのリンクを掲載したところ。

≪参考；厚生労働省ＨＰにおける関係ＵＲＬ≫

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/teikyouseido/index.html

○　各都道府県におかれては、当該制度の趣旨に鑑み、住民・患者に対し、適宜・適切に、引き続き広報・情報発信していただきたい。

別紙1

医療機能情報の提供制度について　平成19年4月1日施行

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設（薬局についても同様の仕組みを創設）

別紙2

各都道府県における医療機能情報提供制度

都道府県名	サービスの名称		都道府県名	サービスの名称		都道府県名	サービスの名称
北海道	北海道医療機能情報システム		石川県	石川県医療・薬局機能情報提供システム		岡山県	岡山県医療機能情報提供システム
青森県	あおもり医療情報ネットワーク		福井県	医療情報ネットふくい		広島県	救急医療Net HIROSHIMA
岩手県	いわて医療情報ネットワーク		山梨県	山梨県医療機能情報提供制度		山口県	山口県医療情報ネットワーク
宮城県	宮城県医療機能情報提供システム		長野県	ながの医療情報ネット		徳島県	医療とくしま情報箱
秋田県	あきた医療情報ガイド		岐阜県	ぎふ医療施設ポータル		香川県	医療ネット讃岐
山形県	山形県医療機関情報ネットワーク		静岡県	医療ネットしずおか		愛媛県	えひめ医療情報ネット
福島県	福島県総合医療情報システム		愛知県	あいち医療情報ネット		高知県	高知県医療機能情報提供制度
茨城県	いばらき医療機関情報ネット		三重県	医療ネットみえ		福岡県	ふくおか医療情報ネット
栃木県	とちぎ医療情報ネット		滋賀県	滋賀県医療機能情報システム		佐賀県	99さがネット
群馬県	群馬県医療・薬局機能情報提供システム		京都府	京都健康医療よろずネット		長崎県	ながさき医療機関情報システム
埼玉県	埼玉県医療機能情報提供システム		大阪府	大阪府医療機関情報システム		熊本県	熊本県医療機能情報検索システム
千葉県	ちば医療なび		兵庫県	兵庫県医療機関情報システム		大分県	おおいた医療情報ほっとネット
東京都	東京都医療機関案内サービスひまわり		奈良県	なら医療情報ネット（奈良県 医療機能情報公表システム）		宮崎県	みやざき医療ナビ
神奈川県	かながわ医療情報検索サービス		和歌山県	わかやま医療情報ネット		鹿児島県	かごしま医療情報ネット
新潟県	にいがた医療情報ネット		鳥取県	鳥取県福祉施設等情報公表サービス		沖縄県	沖縄県医療機関検索システム うちなぁ医療ネット
富山県	とやま医療情報ガイド		島根県	島根県医療機能情報システム			

5．看護職員の確保等について

（１）新人看護職員研修について

12月7日に開催された第7回新人看護職員研修に関する検討会において、新人看護職員に対する研修ガイドラインが取りまとめられた。

① ガイドラインの目的と活用について

ガイドラインは、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修として、医療機関の機能や規模に関わらず研修を実施することができる体制の整備を目指して作成された。新人看護職員研修をすでに実施している医療機関だけでなく、新人看護職員を雇用するすべての医療機関において、研修の企画・立案にガイドラインが活用され、新人看護職員研修が実施されることが期待されている。

②ガイドラインの概要

ガイドラインは、各医療機関で研修を実施する際に必要となる事項により構成しており、以下の内容となっている。

Ⅰ．新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方
Ⅱ．新人看護職員研修
Ⅲ．実地指導者の育成
Ⅳ．教育担当者の育成
Ⅴ．研修計画、研修体制の評価

ガイドラインの特徴は、

○新人看護職員の到達目標として1年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安を示した。
○研修体制や研修方法は、各医療機関の特性、研修に対する考え方、職員の構成等に合わせて柔軟に行えるように参考例を示した。
○研修プログラムと技術指導の例を参考として示した。

ことである。

③今後の課題（検討会の中間まとめにおける指摘）

ア．新人看護職員研修の普及について

○これまで新人看護職員研修を実施していなかった医療機関に対して、都道府県等が看護管理者等をアドバイザーとして派遣し、研修実施体制の整備や研修の企画・運営等に関して相談・指導を行うことは一部の県で実施されており、新人看護職員研修の普及・推進に効果的である。
○総合的な研修を実施している施設が院内研修を公開することや、都道府県が協議会等を設置し調整を行うことで、地域の医療機関同士が新人看護職員研修に関する情報を共有し、連携することができる。
○新人看護職員研修を実施する医療機関に対する財政支援も普及・推進において重要である。

イ．本検討会において継続して議論する課題

○新人助産師研修については、本検討会にワーキンググループを設置して検討し、到達目標等を作成することとする。

○新人保健師ガイドラインは、本検討会とは別に検討の場を設けることとする。

ウ．中長期的展望に立った課題

○新人看護職員研修の目的の一つは看護の質の保証であり、これを明確にするため、ガイドラインに基づいた新人看護職員研修を修了した者に対して修了証を交付することが一つの方法として考えられる。

○また、新人看護職員研修実施医療機関の認証についても検討すべき課題である。

○新人看護職員研修は、新人看護職員の実践能力向上を図るものであり、看護の質の保証に資するものであることから、今後更なる財政支援や診療報酬上の取り扱いについて議論が求められる。

④平成 22 年度予算案の内容

平成 22 年度予算案においては､新人看護職員がガイドラインに沿った研修を受けられる体制を構築するため、

○円滑な研修実施体制を確保するため、研修プログラム策定及び研修の企画立案等を担う研修責任者の研修に対する支援

○病院等における研修指導体制の確保を図るため、研修責任者等の配置や他の施設から新人看護職員を受け入れた研修の実施に対する支援

○新人看護職員の少ない病院等における研修を推進するため、集合研修を実施するとともに、研修を受講する病院等に対し、研修責任者の配置や研修の受講を促進するための支援

○新人看護職員研修の普及を図るため、地域における協議会の開催や研修の実施が困難な病院等に対するアドバイザー派遣などの支援

に必要な経費として、16 億 8,800 万円を計上しているところである。

各都道府県におかれては、これらの事業を活用してガイドラインに沿った新人看護職員の研修に積極的に取り組んでいただくとともに、医療機関が円滑に実施できるよう普及啓発に努めていただきたい。

（２）今後の看護教員のあり方に関する検討会

12 月 24 日に開催された第 7 回検討会において、報告書（案）が提示された。

①報告書（案）の概要

○看護教員の養成においては、専任教員の要件となっている看護教員養成講習会が重要な役割を果たしているが、現在の実施方法や内容に関する課題が指摘され、教員の質の向上を図るためには、実施要

綱の見直しやガイドラインの作成といった体制整備の支援が国の役割として求められている。併せて、看護教員養成講習会の関連経費の増額や養成所に対する代替要員経費の補助等の財政支援も検討していく。

○また、看護教員の継続教育に関しては、新任期の研修体制の構築や学会等の活用、専任教員再教育事業の見直しなどが改善策として示された。さらに、臨床現場で看護を実践している看護職員の活用と臨地実習の指導体制については、学生の看護実践能力の向上の観点からも、体制整備や活用の推進の必要性が示された。

○今後、国が都道府県や関係団体等と連携・協力して、これらの改善策を着実に推進していくことが重要である。さらに、看護教育について、厚生労働省の他の検討会で議論されているところであるが、看護教員にかかる中長期的な視点に立った改善策についても、これらの検討会における議論を踏まえ、看護の質の向上と確保を図るため、連動性を持った効果的な施策を検討すべきである。

②平成 22 年度予算案の内容

平成 22 年度予算案においては､看護教員の質の向上と確保を図るため、

○看護教員養成講習会の補助対象経費等を拡充し､幹部教員･保健師･助産師教員養成の実施に対する加算を行うとともに、実施主体の多様化（大学等）を図るため、補助対象を拡充

○新任や中堅看護教員など経験に応じた継続研修に対する支援

○看護教員養成講習会の定員数の増加等に伴う施設整備（改修等）に対する支援

○看護師等養成所に対し看護教員養成講習会への参加や新任看護教員の研修を支援するため、看護師等養成所運営事業おいて新たな加算を措置

などに必要な経費として、2 億 6,600 万円を計上しているところである。各都道府県におかれては、これらの事業を活用して積極的に看護教員養成講習会の開催等に取り組んでいただきたい。

（３）EPA（経済連携協定）に基づく外国人看護師候補者の受入について

①各国からの受入の状況について

現在 EPA（経済連携協定）による看護分野における人の受入れについてインドネシアとフィリピンの 2 カ国と合意している。

○インドネシアについて

インドネシアとの EPA（経済連携協定）については、平成 19 年 8 月 20 日に両国首脳が署名、平成 20 年 7 月 1 日に発効したところである。

インドネシア人看護師候補者は､1 年目は平成 20 年 8 月に 104 名

を受け入れたところであり、2年目は平成21年11月に173名を受け入れたところである。3年目となる平成22年度の候補者受入枠については、最大で200名となっている。

○フィリピンについて

フィリピンとのEPA（経済連携協定）については、平成18年9月9日に両国首脳が署名、平成20年12月11日に発効したところである。

フィリピン人看護師候補者は、1年目は平成21年5月に93名を受け入れたところである。候補者受入枠については平成21年度、平成22年度の2年間で最大で400名となっている。

②経済連携協定（EPA）候補者に対する研修支援について

経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師候補者の受入に関しては、二国間の協定で定められた期間内に看護師の資格を取得し、引き続き我が国で就労することを目的としており、入国後、受入施設での国家資格の取得に向けた研修が適切に実施されることが重要である。

しかしながら、受入施設等から、

ア．就労前の6か月間の日本語研修では、国家試験を受験するための十分な日本語を習得しているとは言い難く、その学習方法に苦慮している。

イ．受入施設では、人員面・費用面で大きな負担となっている。

などの意見が多く聞かれる。

このため、国家資格の取得に向けた支援策として、先ずは、今年度内に学習方法や内容を含めた学習ガイドラインを提示すべく、検討を進めている。

平成22年度予算案においては､このガイドラインに沿った研修の実効性が確保できるよう、

ア．受入施設における研修環境として、eラーニング学習システムを導入し、看護専門分野を中心とした日本語習得のための自己学習の環境を整備する。

イ．候補者及び受入施設に対する研修支援策として、

○本システムを活用し、日本語及び看護分野の専門家が候補者個々のレベルに応じた指導など日々の学習支援をすることに加え、定期的な集合研修により、候補者個々の習得度を評価及び習得度に応じた指導を実施するなどにより自己学習を支援するとともに、

○受入施設の研修指導者等に対する巡回訪問において、学習方法を指導するなどの研修支援体制の構築を図る。

ウ．受入施設に対し、研修指導者経費等や、候補者の日本語学校等への修学費用などの財政的な支援を行う。

など必要な経費を計上しているところである。

今後とも、引き続き、外国人看護師候補者が国家試験に合格できる

よう必要な支援策を講じていく。

（４）保健師助産師看護師法等の改正について

この法律改正は、少子高齢化の進展に伴う医療の需要の増大等に対応した良質な看護等を国民に提供することの必要性に鑑み、保健師、助産師及び看護師国家試験の受験資格を改めるとともに、新たに業務に従事する看護職員の臨床研修その他の研修等について定めるものであり、昨年7月15日に公布された。

①受験資格の改正（保健師助産師看護師法改正関係）

・保健師国家試験の受験資格について、文部科学大臣の指定した学校における修業年限を6か月以上から1年以上に延長
・助産師国家試験受験資格について、文部科学大臣の指定した学校における修業年限を6か月以上から1年以上に延長
・看護師国家試験の受験資格を有する者として、文部科学大臣の指定した大学において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者を明記

②新人看護職員の研修等

ア．保健師助産師看護師法改正関係

保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならない。

イ．看護師等の人材確保の促進に関する法律改正関係

・看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針に定める事項について、看護師等の研修等を明記
・国の責務について、看護師等の研修等を明記

ウ．病院等の開設者等の責務について、

・新規採用看護師等に対する臨床研修その他の研修の実施
・看護師等が自発的に研修を受けるための配慮

を明記

エ．看護師等の責務について、研修を受けること等を明記

③その他

・改正法は、平成22年4月1日から施行する。
・保健師国家試験及び助産師国家試験の受験資格等に関する経過措置を設ける。

8020運動の推進等、歯科保健医療対策の充実について

歯科保健医療対策については、8020運動の推進等により大きな成果を上げているが、更なる充実・強化を図る観点から、平成22年度予算案において、
・8020運動推進特別事業について、効果的かつ効率的に実施されるよう事業内容の一部見直しを行う。
・高齢化の進展等による新たな国民の歯科保健ニーズに対し、在宅歯科医療等に関する新たな事業を実施。

これまでの取り組み

８０２０運動を推進する観点から、平成１２年度より各都道府県を対象として、**８０２０運動推進特別事業**を実施。その結果、国民の歯の健康状態は著しく改善。
＜参考＞
・8020達成者率（推定値）
7．4%（H5） → **24．1%**(H17)
・3歳児一人平均むし歯本数
2．9本(H元) → **1．0本**(H20)

在宅高齢者への歯科保健医療対策を推進する観点から、平成２０年度より、
①在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会
②在宅歯科医療機器に関する歯科医療機関への補助制度
を実施。

歯及び口腔と全身との関わり方に注目し、「歯科保健と食育の在り方に関する検討会」を設置、昨年７月に報告書を取りまとめ。

平成22年度予算案における対応

◎行政刷新会議での評価結果等を踏まえ、事業内容等を見直し。
→ 各自治体において**外部検討会を設置**。管内の歯及び口腔の健康に関する課題を抽出し、真に必要性が高い事業を計画・実施。
→ 事業内容については、歯科検診の実施体制の整備や歯科疾患の予防等に関する取組が成人期以降も重点的に実施されるよう、**事業内容を明確化**。

◎更に医科・介護等との連携を推進する組織を設置する等、**在宅歯科医療における連携体制構築に関する補助事業**を実施

◎高齢者や在宅療養者への保健指導・口腔ケアの実施や**ライフステージに応じた食育支援に対応可能な歯科衛生士を養成する**観点から、歯科衛生士養成施設の教員に対する講習会を実施。

予　算　概　要　等

平成２２年度予算案の概要

（平成２１年１２月）

平成２２年度予算案	１，９４３億３千６百万円
平成２１年度当初予算額	２，１３２億６千１百万円
差引増▲減額	▲１８９億２千５百万円
対前年度比	９１．１％

（注）上記計数には、「厚生労働科学研究費補助金１３４億５千３百万円」等は含まない。

厚生労働省医政局

主 要 施 策

１．救急医療・周産期医療の体制整備

２３，８２６百万円（２３，４３８百万円）

救急、周産期等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する

（１） 周産期医療体制の充実・強化　　８，６９２百万円

① 周産期母子医療センター等の充実・強化　　５，８３５百万円

不足しているＮＩＣＵ（新生児集中治療室）等の確保など、地域において安心して産み育てることのできる医療の確保を図るため、総合周産期母子医療センター及びそれを支える地域周産期母子医療センターのＭＦＩＣＵ（母体・胎児集中治療室）、ＮＩＣＵ等に対する財政支援を行う。また、新生児医療を担当する医師を確保するため、当該医師の手当に対する財政支援を行う。

② ＮＩＣＵ等に長期入院している小児の在宅への移行促進（新規）　　１１３百万円

NICU等に長期入院している小児が在宅に移行するためのトレーニング等を行う「地域療育支援施設（仮称）」を設置する病院や、在宅に戻った小児をいつでも一時的に受け入れる病院に対する財政支援を行う。

（２）救急医療体制の充実　　１５，２３４百万円

① 三次救急医療体制の充実　　５，５８３百万円

重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する財政支援を行う。

② 二次救急医療体制の充実（新規）　　６８０百万円

救急患者の円滑な受入れが行われるよう、受入困難患者の受入れを確実に行う医療機関の空床確保に対する財政支援、診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合に当該医療機関に対する財政支援を行う。

③ 救急患者の転院・転床の促進（新規）　　６１百万円

急性期を脱した救急患者の円滑な転院・転床を促進し、救急医療用病床を有効に活用するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する財政支援を行う。

④　ドクターヘリ導入促進事業の充実　　　　　　　　２，７５７百万円

ドクターヘリ(医師が同乗する救急医療用ヘリコプター)に対する補助事業について、補助基準額の引上げを行い、ドクターヘリの安定的な運航の確保を図る。

⑤　重篤な小児救急患者に対する医療の充実（新規）　　　　　３０９百万円

超急性期にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター（仮称）」の運営に対する支援や、その後の急性期にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備等に対する財政支援を行う。

（３）災害医療体制の充実　　　　　　　　　　　７５百万円

災害派遣医療チーム（DMAT）の活動の円滑化のためにDMAT事務局を設置し、運営を支援するなど災害医療体制の充実を図る。

２．医師確保・医療人材確保対策等の推進

３６，９９７百万円（４７，１１５百万円）

医師の診療科偏在、地域偏在の是正を図りつつ、勤務医等の勤務状況の改善や離職防止・復職支援を進めるなど、医師等人材確保対策の推進を図る。

（１）医師の診療科偏在・地域偏在対策　　　　　８，０１６百万円

勤務環境が過酷で確保が困難な診療科の医師を確保するため､休日・夜間の救急、分娩、新生児医療を担う勤務医等への手当に対する財政支援を行う。

また、臨床研修修了後の専門的な研修において、産科等の診療科を選択する医師の処遇改善を行う医療機関に対する財政支援を行う。

医師不足地域の臨床研修病院において研修医が研修の一環で宿日直等を行う場合に当該医療機関に対する財政支援を行う。

（２）女性医師等の離職防止・復職支援　２，５０１百万円

出産や育児等により離職している女性医師の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受け入れ医療機関の紹介や復職後の勤務態様に応じた研修を実施する。

また、病院内保育所の運営等に対する財政支援について、受入児童の対象年齢を小学校低学年の子どもに拡充する。

（３） 看護職員の資質の向上及び確保策の推進　１０，２６５百万円

①　新人看護職員研修の着実な推進（新規）　１，６９０百万円

看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員の資質の向上を図るため、保健師助産師看護師法等の改正（平成２２年４月施行）を踏まえ、新人看護職員が臨床研修を受けられる体制の構築に対する財政支援を行う。

②　看護職員の離職の防止・復職支援の充実強化　２，２９７百万円

看護職員の離職の防止や復職の促進を図るため、医療機関における短時間正規雇用など多様な勤務形態の導入に対する支援や、病院内保育所の運営等に対する財政支援の拡充などを行う。

③　認定看護師育成のための支援　１８４百万円

勤務医の業務負担を軽減し、安心で質の高い医療提供体制の充実を図るため、チーム医療の下、医療従事者の役割分担が推進できるよう、高度な技術を有する認定看護師の養成に対する財政支援の拡充を行う。

（４）補償制度・医療事故における死因究明　３６８百万円

医療の安心・納得・安全を確保するため、医療事故における死亡の原因究明・再発防止のための仕組みの検討を行う。また、産科医療補償制度の円滑な運用を進める。

（５）医師・歯科医師の臨床研修　１９，０６１百万円

医師・歯科医師の臨床研修の実施に必要な経費に対する補助を行うことにより、基本的な診療能力の修得、全人的かつ患者の期待に応える医療の実現等を図る。

３．地域で支える医療の推進

１８，０３３百万円（２１，３８６百万円）

人々が地域で安心して生活できるよう、地域の医療連携体制の強化を図る

○地域医療再生基金

平成21年度１次補正予算（2,350億円）において都道府県に対する交付金により基金を創設し、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく医療機能の強化、医師等の確保等の取組を支援する。（平成25年度まで）

（１）医療計画の充実　　１９百万円

平成25年度から開始する次期医療計画の作成に向けて、検討会を開催し、医療計画の制度のあり方等について検討する。（新規）

（２）医療分野の情報化の推進　　１，０９３百万円

電子カルテ導入等の医療分野の情報化の推進や遠隔医療の設備整備に対する支援を行い、地域医療の充実を図る。

（３）歯科保健医療の充実・強化　　１，０５９百万円

生涯を通じて歯の健康の保持を推進するため、寝たきりの高齢者や障害者等に対する在宅歯科医療について、地域における医科・介護等との連携体制の構築、人材の確保、在宅歯科医療機器の整備等を支援し、その一層の充実・強化を図る。

また、８０２０運動について成人の歯科疾患予防や検診の充実を行うなど、生涯を通じた歯の健康の保持をさらに推進する。

（４）へき地などの保健医療対策の充実　　２，２１３百万円

へき地診療所への医師派遣の調整などを行う「へき地医療支援機構」の充実を図るほか、へき地医療を支える地域医療拠点病院等に対する財政支援を行う。

４．医薬品・医療機器の開発促進

２１，４５５百万円（２３，９４１百万円）

革新的医薬品・医療機器に関する研究費の重点配分、未承認薬等の開発支援及び臨床研究・治験支援拠点等の体制整備を図る

○未承認薬等開発支援対策

平成21年度１次補正予算（100億円）により創設した「未承認薬・新型インフルエンザ等対策基金」を活用し、がんや小児などの疾患重点分野において、海外では承認されているが国内では未承認の医薬品など、製薬企業の自発的な開発に任せていては開発が進まない医薬品等の治験実施費用等を支援することにより開発を促進する。（平成23年度まで）

（１）医薬品・医療機器に関する研究費の重点化・拡充　　１９，９３０百万円

革新的医薬品・医療機器の臨床研究・実用化を促進するために、再生医療、次世代ワクチン、ナノメディシン、活動領域拡張、希少疾病への研究費の重点化等を行う。

（２）グローバル臨床研究拠点等の整備の拡充　　５９９百万円

医薬品開発の迅速化を図り、ドラッグラグの解消に資するため、外国の研究機関との国際共同治験・臨床研究を実施する拠点の体制整備を行うとともに、国内における未承認薬等の開発を推進するための治験支援拠点等の体制整備を行う。

（３）治験・臨床研究登録情報の提供体制の強化　　８２百万円

治験・臨床研究に関する情報を集積する世界的な取組に対応するため、日本における治験・臨床研究情報を横断的に検索することができるポータルサイトをより使いやすく改良するとともに、ＷＨＯなど海外への情報発信を行う。（新規）

（４）後発医薬品の使用促進　　１３８百万円

後発医薬品に関する理解を向上させるため、各都道府県に設置した協議会において、実情に応じた具体的な事業を検討・実施し、先進事例に関する調査研究を行うとともに、使用促進に向けた環境整備を継続する。

５．その他

（１）（独）国立高度専門医療研究センター及び（独）国立病院機構における政策医療等の実施　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　８５，９５７百万円

全国的な政策医療ネットワークを活用し、がん、循環器病等に関する高度先駆的医療、臨床研究、教育研修及び情報発信を推進する。

（２）国立ハンセン病療養所の充実　　　　　　　　　　　　　　３５，６１２百万円

居住者棟の更新築整備を推進するとともに、リハビリ体制を強化するなど、入所者に対する医療及び生活環境の充実を図る。

（３）経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士の円滑かつ適正な受入（看護師）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４２０百万円

経済連携協定に基づき入国した外国人看護師候補者への支援を充実強化するため、新たに、看護専門分野を中心とした日本語習得のための自己学習を可能とするｅラーニング学習システムを導入するとともに、日本語及び看護分野の専門家による個別指導や定期的な集合研修の実施や巡回訪問により研修指導者等へ学習方法の指導を行う。

加えて、受入施設の研修指導者経費等や、候補者の日本語学校等への修学費用などの財政的な支援を行う。

・番号の前に※印を付してある項目は他省庁との共同要望の項目である。

1　地域医療の再生に向けて

①　周産期医療の連携体制を担う医療機関が取得する施設に係る特例措置の延長〔不動産取得税〕

周産期医療の連携体制を担う医療機関が周産期医療の用に供する不動産（分べん室、陣痛室、新生児室等）を取得した場合に、当該不動産の価格の２分の１を課税標準から控除する不動産取得税の特例措置について、適用期限を６年延長の上、廃止することとされた。

※控除される割合は段階的に縮減される（新サンセット方式）。

平成２２年４月１日から平成２５年３月３１日までに取得：２分の１
平成２５年４月１日から平成２７年３月３１日までに取得：３分の１
平成２７年４月１日から平成２８年３月３１日までに取得：６分の１

※②　中小企業投資促進税制の適用期限の延長〔所得税、法人税、法人住民税〕

医業、医薬品・医療機器産業、生活衛生関係営業等を行う中小企業者等が、一定規模以上の機械装置、普通貨物自動車等を取得した場合に、その取得価額の７％の税額控除又は３０％の特別償却を認める特例措置（中小企業投資促進税制）について、適用期限を２年間延長することとされた。

※③　病院等が取得した地震防災対策用資産に係る特例措置の延長〔固定資産税〕

病院等が取得した地震防災対策用資産について、当該資産に係る固定資産税の課税標準を３年間に限り３分の２に軽減する特例措置について、適用期限を４年間延長の上、廃止することとされた。

④　社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続〔事業税〕

社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置については、来年１年間真摯に議論し、結論を得ることとされた。

⑤　医療法人の社会保険診療報酬以外部分に係る軽減措置の存続〔事業税〕

医療法人の社会保険診療報酬以外部分に係る事業税の軽減措置については、来年１年間真摯に議論し、結論を得ることとされた。

※⑥　特定外国子会社等に係る所得の課税の特例（タックスヘイブン税制）〔法人税、法人住民税、事業税〕

タックスヘイブン税制について、資産性所得に係る租税回避行為防止措置を講じた上で、適用除外基準の見直しやトリガー税率の引下げ等の措置を講ずることとされた。

※⑦　国外関連者との取引に係る課税の特例（移転価格税制）〔法人税、法人住民税、事業税〕

移転価格税制について、価格算定に当たり考慮すべき事項等を運用上明確化することとされた。

２　健康で暮らせる社会の実現に向けて

※①　試験研究費の額が増加した場合等の法人税額の特別控除の延長〔所得税、法人税〕

医薬品・医療機器企業等の試験研究を活性化するため、試験研究費の一定割合を税額控除する制度について、適用期限を２年間延長することとされた。

※②　中小企業者等の少額減価償却資産の取得価額の損金算入の特例措置の延長〔所得税、法人税、法人住民税、事業税〕

中小企業者等が、事業の用に供する償却資産で、取得価額が１０万円以上３０万円未満であるもの（少額減価償却資産）を取得した場合に、その取得価額を損金の額に算入する特例措置について、適用期限を２年間延長することとされた。

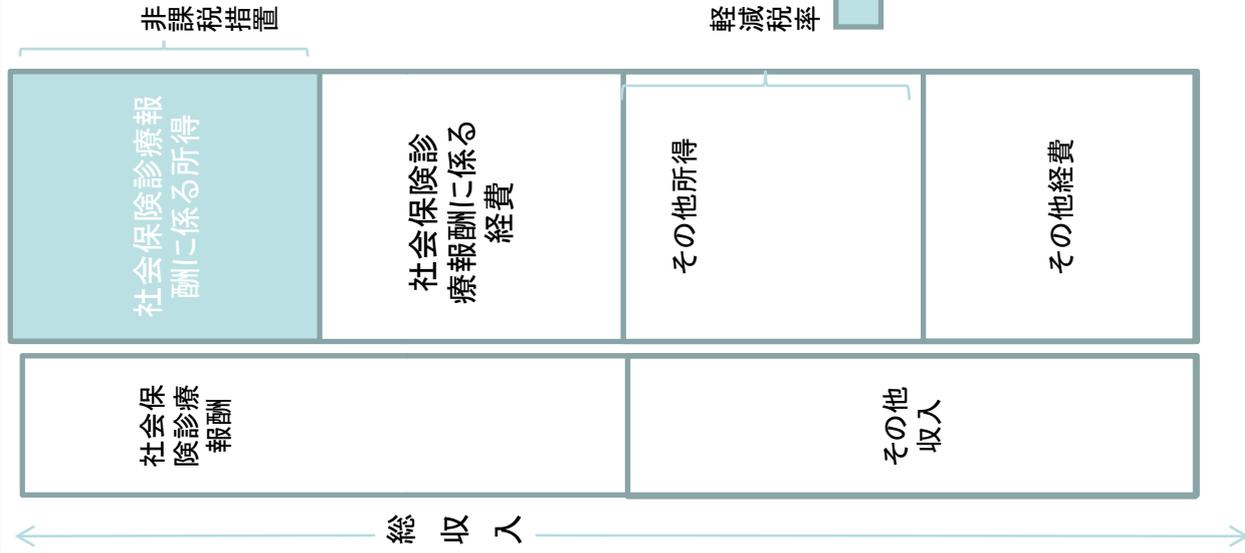
３　各種施策の推進

※①　試験研究等を目的とする独立行政法人への寄附金に係る指定寄附金制度の創設〔所得税、法人税、法人住民税、事業税〕

試験研究等を目的とする独立行政法人への寄附金を、全額損金算入できる指定寄附金に指定する制度の創設については、税制調査会に設置される市民公益税制プロジェクト・チームにおいて、独立行政法人改革との関係を整理した上で、特定公益増進法人に対する寄附金から指定寄附金とする場合の効果等について検討することとされた。

社会保険診療報酬等に係る特例措置について（事業税）

総収入

社会保険診療報酬	社会保険診療報酬に係る所得	非課税措置
	社会保険診療報酬に係る経費	
その他収入	その他所得	軽減税率
	その他経費	

1　社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続

社会保険診療に係る事業税の非課税措置については、来年一年間真摯に議論し、結論を得ることとされた。

2　医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置の存続

医療法人の社会保険診療以外部分に係る事業税の軽減措置については、来年一年間真摯に議論し、結論を得ることとされた。

社保以外年間所得	400万円以下	400万円超800万円以下	800万円超	社会保険診療報酬
特別法人【医療法人等】	2.7% (約4.9%)	3.6% （約6.5%）	3.6% (約6.5%)	非課税
普通法人	2.7% (約4.9%)	4.0% (約7.2%)	5.3% (約9.6%)	
個人	5.0%			

注：( )内の%は、20年10月以降の事業年度から事業税と分離して課税される「地方法人特別税」（事業税率の81%）を合算した税率

試験研究費の額が増加した場合等の法人税額の特別控除（所得税、法人税）

内容

試験研究費の増加額に係る税額控除又は売上高に占める割合が10%を超える試験研究費に係る税額控除を選択適用が可能となる措置について、適用期限を2年間延長することとされた。

連　絡　事　項

（総務課）

１．医療安全対策について

厚生労働省においては、平成１４年４月に医療安全対策検討会議において取りまとめた「医療安全推進総合対策」及び平成１５年１２月の「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」に基づき、各般の取組みを進めてきたところ。

さらに、平成１７年６月に医療安全対策検討会議において、これまでの「医療安全推進総合対策」に基づく対策の強化と新たな課題への対応について、「今後の医療安全対策について」がとりまとめられ、この報告書に基づき、各般の取組の充実強化を図るとともに、平成１８年の医療法改正においては、医療安全支援センターの制度化や全ての医療機関に対し医療安全の確保を義務付けるなど、総合的な取組みを進めているところである。

各都道府県等におかれては、「医療安全支援センター」の円滑な運営及び二次医療圏における体制整備を引き続き推進し、その充実強化を図るとともに、管下医療機関における適切な医療安全の確保について、立入検査等を通じて適切に指導するなど、積極的な取組をお願いしたい。

（１）医療安全支援センターの設置

医療安全支援センターについては、平成１６年５月に全ての都道府県での設置を完了し、現在、保健所設置市区及び二次医療圏での重層的な設置を推進している。

なお、本センター設置に係る経費については、医療に関する相談は地域住民に身近な事業であること、地方自治体における主体的・自主的な取組みを推進する必要があることなどから、本センターに係る人件費、基本運営費、協議会の設置・運営、各種研修の実施、相談事例の収集・情報提供等に係る経費について、平成１５年度より地方財政措置を講じている。

また、平成１８年の医療法改正においては、本センターを法律上に位置づけ、その機能の充実強化を図ったところである。

厚生労働省においては、各都道府県等における本センターの設置・運営が円滑に進められるよう、相談職員等に対する研修、相談事例等の収集・分析・情報提供などの総合的な支援として、「医療安全支援センター総合支援事業」を引き続き実施することとしている。

（参考１）医療安全支援センター体制図

（２）医療機関における医療安全の確保

医療機関における組織的な医療安全の確保を図るため、平成１８年の医療法改正により、平成１９年４月から全ての医療機関に対して、安全に関する

職員の研修の実施など医療安全の確保を義務付け、その充実強化を図ったところである。

各都道府県等におかれては、医療機関への立入検査等を通じて、管下医療機関における医療事故防止対策の取組強化が図られるよう適切な指導をお願いしたい。

また、医療安全対策検討会議の下に設置された作業部会において、とりまとめられた下記についても、各医療機関等が活用し、効果的な取組みがなされるよう、併せて管下医療機関等への周知をお願いしたい。

○「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」（平成１９年３月３０日医政発第0330019号・薬食発第0330009号、厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知）
○「集中治療室（ICU）における安全管理について（報告書）」（平成１９年３月３０日医政発第0330016号・薬食発第0330006号、厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知）

（３）医療安全対策に関する情報の提供

現在、医療事故等の事例に関しては、特定機能病院や大学病院等に対して日本医療機能評価機構への報告を義務付け、同機構において収集・分析し、分析結果を提供する事業を行っているところである。

さらに、平成１８年１２月より、同機構において収集された事例のうち、特に注意が必要な事項について、「医療安全情報」として医療機関等に月１回程度発信しているところである。

これらの情報を各医療機関等が活用し、効果的な取組みがなされるよう、各都道府県等におかれても、引き続き管下医療機関等への周知をお願いしたい。

（参考２）医療安全情報

（４）医療安全推進週間の実施（平成２２年度は１１月１９日から１週間）

厚生労働大臣提唱の「患者の安全を守るための共同行動」（ＰＳＡ：Patient Safety Action）の一環として、当該週間を中心に、医療安全に関するワークショップ、シンポジウム等を開催することとしている。

各都道府県等におかれても、引き続き、当該週間に合わせて様々な事業を実施することにより、関係者の意識啓発を図っていただきたい。

（参考1）

医療安全支援センター体制図
機能
○ 苦情・相談への対応（必要に応じて、医療機関の管理者及び患者等に助言）
○ 医療安全の確保に関する必要な情報提供
○ 医療機関の管理者、従業員に対する医療安全に関する研修の実施
体制
国
情報提供
助言
医療安全支援センター
・ 都道府県
・ 保健所設置市区
・ 二次医療圏
医療安全推進協議会
活動方針等の検討・連絡調整
医療従事者、弁護士、住民等で構成
相 談 窓 口
医療内容等に関する苦情や、相談に対応
職員の配置
医療安全に関するアドバイス
相 談
患者・家族
国 民
相 談
相 談
医療機関
相談窓口
地域
医師会等
相談窓口
情報提供、連絡調整、助言
情報提供・連絡調整
情報提供、連絡調整
情報提供
総合支援事業
（委託先）東京大学大学院
医療安全学講座
・相談職員研修の実施
・ 代表者情報交換会の実施
・ 相談困難事例の収集・分析・提供等

（参考２）

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.37　2009年12月

「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ

「スタンバイ」のまま患者に人工呼吸器を装着したため、換気されなかった事例が4件報告されています（集計期間:2006年1月1日～2009年10月30日、第18回報告書「個別のテーマの検討状況」に一部を掲載）。

「スタンバイ」の状態では、換気が行われていません。

「スタンバイ」は、

主に、患者に呼吸回路を装着し換気動作を開始する前に、適切な換気条件の設定やアラーム機能の確認などを行う目的で人工呼吸器に搭載されています。この状態では、患者に換気が行われません。
人工呼吸器によって、「スタンバイ」、「スタンバイモード」、「スタンバイ機能」など、いくつかの名称があります。

◆「スタンバイ」、「スタンバイモード」、「スタンバイ機能」は、現在市販されている多くの人工呼吸器に搭載されています。個々の機器については、取扱説明書等の確認をお願いいたします。

「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ

事例 1

患者は自発呼吸をサポートするために人工呼吸器（Servo i）を装着していた。看護師Aは、患者の体位を変えるため、人工呼吸器のモードを「オン」から「スタンバイ」に切り替え、看護師Bと共に患者の体位を変えた。その後、看護師Aは、人工呼吸器のモードを「スタンバイ」から「オン」に切り替えず退室した。しばらくして、看護師Aが患者の病室に入ると、人工呼吸器による換気が行われていなかった。

事例 2

患者はトイレに行くため、一時的に人工呼吸器（Servo i ユニバーサル）をはずし、経鼻的な酸素投与に切り替えた。その際、看護師Cは、人工呼吸器のモードを「スタンバイ」にした。その後、患者がトイレから戻り、看護師Dは患者に痰の吸引を行い、人工呼吸器を装着した。この時、看護師Dは、人工呼吸器のモードを「スタンバイ」から「オン」に切り替えるのを忘れた。

事例が発生した医療機関の取り組み

「スタンバイ」などの機能を使用した後に人工呼吸器を患者に装着する際は、開始ボタンを押して換気が行われていることを確認する。

総合評価部会の意見

人工呼吸器を装着する際、換気が行われていることを胸部の動きに基づいて確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-safe.jp/

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17　東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

２．独立行政法人福祉医療機構（医療貸付事業）について

平成２２年度においても、適切な医療提供体制の整備等国の施策に合わせ、必要となる資金需要に十分対応できるよう融資枠の確保を行うとともに、以下の貸付要件の緩和を行うこととしたので、管下の医療機関等に対する周知についてご協力願いたい。

○特定病院の範囲の追加

４疾病５事業等に係る地域医療連携体制に位置付けられる医療機関として地域医療計画に名称が記載されている病院のうち、その医療分野における病期ごとの機能として、急性期及び専門診療等を担う病院（100床以上）を特定病院の範囲に追加することによる貸付要件の緩和。

主な要件緩和（新築、増改築資金）
限 度 額：7.2億円 → 12億円
据置期間：2年以内 → 3年以内（7.2億円超かつ耐火構造の場合）

また、以下の貸付については、２２年度においても引き続き実施するので、併せて周知願いたい。

○耐震化整備事業の優遇措置（23年3月末まで）

未耐震の医療施設の耐震化整備を促進するため、建築資金の貸付要件を緩和（医療施設耐震化臨時特例基金の対象事業以外も優遇措置対象）。

融 資 額：事業費の概ね90％
ただし、医療施設耐震化臨時特例基金の助成対象となった整備については助成金の額を除く。
貸付利率：1.5％（助成金の対象は当初5年間1.0％）（1月4日現在）

○地域医療再生計画に基づく整備事業の優遇措置（26年3月末まで）

地域医療再生計画の達成を推進するため、地域医療再生計画に基づく施設整備事業にかかる建築資金の貸付要件を緩和。

融 資 額：事業費の概ね90％
ただし、地域医療再生基金からの助成金の額を除く。
貸付利率：1.5％（1月4日現在）

○経営環境変化に伴う経営安定化資金（23年3月末まで）

経営環境の変化により、一時的に資金不足を生じている医療機関等の経営安定化を図るため、運転資金の貸付要件を緩和。
今後の経済情勢の動向が不透明であるため、２２年度も継続。

	限度額	償還期間	貸付利率
病　院	：7.2億円	10年以内（うち据置1年以内）	1.5%（1月4日現在）
介護老人保健施設	：　1億円	7年以内（うち据置1年以内）	1.5%（1月4日現在）
診療所	：4千万円	7年以内（うち据置1年以内）	1.5%（1月4日現在）

○出産育児一時金等の制度見直しに伴う経営安定化資金（22年6月末まで）

直接支払制度導入に伴い産科医療機関等への支払が約２ヶ月遅れることから、一時的な資金不足を支援するため運転資金の貸付要件を緩和。
更に、直接支払制度の適用猶予期間が今年度限りであり、４・５月の資金需要に対応するため、実施期間を６月末まで延長。

限 度 額：2か月間の分娩予定者数×42万円
償還期間：7年以内（うち据置1年以内）
貸付利率：1.0%（1月4日現在）

※医療貸付事業の詳細につきましては、福祉医療機構ホームページ(http://www.wam.go.jp/wam/gyoumu/iryokashitsuke/index.html)をご参照ください。

◎ 独立行政法人福祉医療機構

独立行政法人福祉医療機構は、特殊法人等改革により、社会福祉・医療事業団の事業を承継して、独立行政法人福祉医療機構法（平成14年法律第166号）に基づき、平成15年10月1日に設立された独立行政法人であり、福祉の増進・医療の普及を目的として、病院、診療所及び介護老人保健施設等の医療関係施設に対して、その設置・整備等に必要な資金を長期かつ低利な条件で融資する事業等を行っている。

（指導課）

１．救急医療、周産期医療、小児医療、災害医療及びへき地医療について

(1) 救急医療の確保

○　救急医療は直接患者の生死に関わる医療であり、地域の医療機関と消防機関が連携し、地域全体で救急患者を円滑に受け入れられる救急医療体制を構築する必要がある。

○　しかし、救急利用が大きく増加するとともに、軽症患者が二次・三次救急医療機関を直接受診する等により、これらの病院の受入能力に限界が生じている。また、救急医療を担う病院勤務医は、過酷な勤務環境の下で疲弊していると指摘されている。さらに、救急患者が急性期を脱した後も転院できず、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れられないという「出口の問題」も指摘されている。

　このように、救急医療には様々な課題が生じており、国、地方公共団体、医療関係者、患者・家族等が力を合わせて、救急医療の確保に取り組んでいく必要がある。

（初期・二次救急医療体制の整備）

○　初期・二次救急医療体制の整備については、平成16年度からの三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施は地方自治体の裁量に委ねられている。各都道府県においては、地域に必要な初期・二次救急医療の確保のため、救急患者の受入実績等に応じて医療機関に補助金が支給されるよう配慮した予算の確保をお願いする。

○　また、平成22年度予算案において、初期・二次救急医療に関する新規事業として、

・　診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合の支援

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

（三次救急医療体制の整備）

○　三次救急医療体制（救命救急センター）の整備については、平成20年７月の「救急医療の今後のあり方に関する検討会中間取りまとめ」において、おおむね100万人に１か所というそれまでの整備目標について、「救命救急センターと同等の役割を果たしており、地域において必要性が認められている施設については、救命救急センターとして位置付けていくことが適当」という旨の考え方が示された。

　平成21年度から、これまで補助対象となっていなかった救命救急センターも補助対象となるよう、救命救急センター運営事業を拡充しているので、

各都道府県においては、この補助事業を積極的に活用し、救命救急センターの整備を推進するようお願いする。

○　また、救命救急センターの新たな充実度評価については、平成22年度評価（評価対象年度は平成21年度）から行うこととしているので、各都道府県においては、十分留意するとともに、救命救急センターに対する一層の支援をお願いする。

○　さらに、平成22年度予算案において、三次救急医療に関する新規事業として、

①　急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進し、救急医療用病床を有効に活用するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援

②　「超急性期」にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター（仮称）」の運営に対する支援

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

（救急患者の医療機関による円滑な受入れ）

○　救急患者の医療機関による受入れの状況について、「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」（平成21年３月19日総務省消防庁）によると、平成20年に救急搬送された約467万人のうち、受入医療機関が決定するまでに救急隊等が行った照会回数が４回以上のものは14,732件（0.32％）、11回以上のものは903件（0.02％）であり、地域別には、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。

また、救急車の現場滞在時間が30分以上のものは16,980件（0.36％）、60分以上のものは1,663件（0.036％）であった。

○　このような状況を改善し、傷病者の搬送及び受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、平成21年５月に消防法の一部改正（平成21年法律第34号）が行われ、都道府県は、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を定めるとともに、実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされた。

厚生労働省及び総務省消防庁では、平成21年10月に「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書」を取りまとめ、各都道府県に対し「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」（平成21年10月27日付け医政発第1027第3号・消防救第248号）を発出したところである。

各都道府県においては、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書」を参考にして、地域の医療提供体制、傷病者の搬送及び受入れの状況等地域の実情に応じた、傷病者の搬送及び受入れの実施基準

を速やかに策定するようお願いする。

○　また、平成22年度予算案において、新規事業として、

①　傷病者の搬送及び受入れの実施基準に基づき、受入困難患者の受入れを確実に行う医療機関の空床確保に対する支援

②　急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、消防部局と連携を図りつつ、補助事業を積極的に活用し、救急患者が円滑に医療機関に受け入れられるために必要な取組を進めるようお願いする。

○　さらに、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるＰＤＣＡサイクル（plan－do－check－act cycle）による実施基準の評価・見直しが重要であり、各都道府県においては、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実態調査を行うようお願いする（平成22年度予算案において、実態調査のための経費を盛り込んでいる）。

（救急利用の適正化）

○　平成20年の救急車による搬送人員は約468万人であり、平成19年と比べると4.6％（約23万人）減少しているが、この10年間では31.9％（約113万人）増加している。また、救急車で搬送される患者のうち、半数は軽症者であり、不要不急にも関わらず救急車を利用している事例もあると指摘されている。

※　平成21年上半期の救急車による搬送人員は前年同期と比べて2.1％（約５万人）減少しており、総務省消防庁が減少した消防本部に要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「市民への救急自動車の適正利用等の広報活動」（62.0％）、「頻回利用者への個別指導と毅然たる対応」（16.4％）等の回答であった。

○　安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）は、医療機関に過度の負担をかけ、真に救急対応が必要な患者への救急医療に支障をきたすおそれがある。

平成22年度予算案において、

①　地域の小児科医等が休日・夜間の小児患者の保護者等からの電話相談に応じる小児救急電話相談事業（＃８０００）

②　急病時の対応等についての住民向けの啓発や相談窓口設置の支援（医療連携体制推進事業）

③　患者・家族と医療従事者等との懇談会等の開催の支援（患者・家族対話推進懇談会事業）

等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、地域における既存の取組が対象となるか改めて確認するなど、これらの補助事業を積極的に活用し、救急利用の適正化を推進するようお願いする。

（ドクターヘリの導入）

○　ドクターヘリ（医師が同乗する救急医療用ヘリコプター）は、早期治療の開始と迅速な搬送により、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げている。

○　ドクターヘリの全国的な配備を目標として、平成13年度からドクターヘリ導入促進事業を行っており、平成20年度からは、都道府県負担の半分が特別交付税により措置されている。

さらに、平成22年度予算案において、

①　ドクターヘリ導入促進事業の充実（補助基準額：約１億７千万円→２億１千万円、か所数：24機分→28機分）

②　ドクターヘリに搭乗する医師及び看護師の研修（委託事業）

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、地域の実情に応じて、ドクターヘリの導入について検討するようお願いする。特に、ドクターヘリを導入しておらず、消防防災ヘリを救急業務で使用することの多い都道府県においては、ドクターヘリの導入を十分に検討するようお願いする。

(2) 周産期医療の確保

○　周産期医療体制については、国民が安心して子どもを産み育てることができる医療環境の実現に向け、一層の整備が求められている。

○　平成８年度から開始した周産期医療対策事業は、分娩に伴って大量出血を生じた妊婦の救命、未熟児の救命等に大きく寄与し、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた。しかし、産科疾患による死亡が減少する中で、脳血管障害など産科以外の疾患による妊産婦死亡が新たな課題となっている。

（周産期医療体制整備指針の見直し）

○　平成21年３月の「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」を受け、周産期医療対策事業の実施要綱に基づく周産期医療体制整備指針を見直すこととしており、平成21年８月に各都道府県に対し周産期医療体制整備指針（案）を送付したところである。

平成22年１月中に周産期医療体制整備指針に関する通知を発出する予定であるが、各都道府県においては、速やかに周産期医療体制整備計画を策定するようお願いする。

○　周産期医療体制整備指針（案）の概要は、以下のとおりである（下線部分が見直しによる追加）。

（１）周産期医療協議会の設置

○　都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療協議会を設置する。

（２）周産期医療体制整備計画の策定

○　都道府県は、周産期医療協議会の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を策定する。

○　周産期医療体制整備計画は、地域の実情に応じて、ＮＩＣＵの整備（出生１万人対25床から30床を目標）、ＮＩＣＵの後方病床（ＧＣＵ、重症児に対応できる一般小児病床、重症心身障害児施設等）の整備等に留意して策定する。

※　ＮＩＣＵ：新生児集中治療管理室、ＧＣＵ：ＮＩＣＵに併設された回復期治療室

※　これまでのＮＩＣＵ必要病床数は、出生１万人対20床としている。

（３）総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

○　都道府県は、必要な機能等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定し、必要な機能等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定する。

○　周産期母子医療センターは、必要な機能等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行う。

○　都道府県による支援及び指導後も周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができる。

①　総合周産期母子医療センターの機能等

・　総合周産期母子医療センターは、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、自施設又は他施設の関係診療科と連携して産科合併症以外の合併症を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定する。

・　総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備する。ただし、都道府県の面積、人口、交通事情等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができる。

・　ＭＦＩＣＵは６床以上、ＮＩＣＵは９床以上（12床以上が望ましい）とする。

※　ＭＦＩＣＵ：母体・胎児集中治療管理室

・　24時間体制で産科を担当する複数の医師、24時間体制で新生児医療を担当する医師、麻酔科医、臨床心理技術者、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーター等の確保に努める。

②　地域周産期母子医療センターの機能等

・　地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うこ

とができる医療施設を都道府県が認定する。ただし、ＮＩＣＵを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができる。

・　地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター１か所に対して数か所の割合で整備する。

・　24時間体制で病院内に小児科を担当する医師、産科を有する場合は帝王切開術が必要な場合に迅速に手術への対応が可能となる医師（麻酔科医を含む。）、新生児病室に適当数の看護師、臨床心理技術者等の配置が望ましい。

※　現在の新生児病室の看護師数は「常時３床に１名」としている。

（４）周産期医療情報センターの設置

○　都道府県は、総合周産期母子医療センター等に、周産期救急情報システムを運営する周産期医療情報センターを設置する。

○　周産期医療情報センターについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図る。

（５）搬送コーディネーターの配置

○　都道府県は、周産期医療情報センター等に、搬送コーディネーターを配置することが望ましい。

（６）周産期医療関係者に対する研修

○　都道府県は、医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーター等に対し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、研修を行う。

（予算補助事業の活用）

○　平成22年度予算案においては、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」を踏まえ、ＮＩＣＵ等の確保、産科合併症以外の合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等を図るため、

①　総合周産期母子医療センターの運営に対する支援（ＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・ＧＣＵの運営支援、産科合併症以外の合併症を有する母体を受け入れる体制整備の支援、診療所医師が休日・夜間に診療支援を行う場合の支援）

②　地域周産期母子医療センターの運営に対する支援（ＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・ＧＣＵの運営支援、診療所医師が休日・夜間に診療支援を行う場合の支援）

③　ＮＩＣＵにおいて、新生児を担当する医師の手当に対する支援

④　ＮＩＣＵ等に長期入院している小児が在宅療養へ移行するための地域療育支援施設（仮称）を設置する病院への支援

⑤　在宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる病院に対する支援
等を盛り込んでいる。
　各都道府県においては、これらの補助事業を積極的に活用し、地域の周産期医療体制の整備に取り組むようお願いする。

（周産期医療に係る特例病床）
○　病床過剰地域であっても特例的に整備できる特例病床制度について、平成19年４月から、周産期医療に係る特例病床の範囲を拡大し、周産期疾患に係る病床を特例病床の対象とした。
　各都道府県においては、周産期医療に係る特例病床も活用しながら、地域の実情及び必要性に応じた周産期医療体制を整備するようお願いする。

(3) 小児医療の確保
（重篤な小児患者に対する救急医療等の確保）
○　小児医療については、他の先進国と比べ、乳児死亡率は低いものの、１～４歳児死亡率は高くなっており、小児の救命救急医療を担う医療機関等を整備する必要性が指摘されている。

○　このため、平成21年７月の「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間取りまとめ」において、
①　改正消防法に基づき都道府県に設置する協議会に小児科医も参加し、小児救急患者の搬送及び受入れの実施基準を策定
②　救命救急センターの小児専門病床の要件緩和
③　小児救急患者への医療提供体制の特に整った救命救急センターや小児専門病院・中核病院について、「超急性期」の小児の救命救急を担う医療機関として位置付け、整備する
④　「超急性期」を脱した小児救急患者に「急性期」の集中治療・専門的医療を提供する小児集中治療室の整備のための支援が必要
等が盛り込まれたことを踏まえ、平成22年度予算案において、
①　「超急性期」にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター（仮称）」の運営に対する支援
②　超急性期後の「急性期」にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備に対する支援
③　小児への集中的・専門的医療を担う小児科医を養成するための研修に対する支援
を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

（入院を要する小児救急医療の確保）
○　入院を要する小児救急医療体制の充実を図るため、
①　小児救急患者の受入れが可能な病院を当番制により確保する小児救急

医療支援事業

② 広域（複数の二次医療圏）で小児救急患者の受入れを行う小児救急医療拠点病院に対する支援

を進めているが、依然として、小児救急医療体制が未整備の地域が残っている。

○ 平成20年度より、オンコール体制（より専門的な処置が必要な場合等に、小児科医が速やかに駆けつけ対応する体制）による小児救急医療体制の整備も補助の対象としているので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

（初期小児救急の確保等）

○ 小児の入院救急医療機関にかかる患者の９割以上は軽症であると指摘されており、症状に応じた適切な対応が図られるよう、平成22年度予算案においても、

① 休日・夜間に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営に対する支援

② 地域の小児科医等が休日・夜間の小児患者の保護者等からの電話相談に応じる小児救急電話相談事業（＃８０００）

⑤ 急病時の対応等についての住民向けの啓発や相談窓口設置の支援（医療連携体制推進事業）

等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的な活用をお願いする。

(4) 災害医療の確保

（災害医療に関する研修）

○ 災害時に迅速に活動できる機動性を持った災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の研修について、引き続き、東日本会場と西日本会場の２か所で実施する予定である。また、ＮＢＣ（放射能、生物剤、化学剤）災害・テロの被害者に対する診断・治療等に関する研修も引き続き実施する予定であるので、各都道府県においては、医療関係者の積極的な参加に配慮をお願いする。

○ 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）については、養成研修で得た知識・技術を維持していく必要があることから、平成22年度から、国立病院機構災害医療センターにＤＭＡＴ事務局を設置し、ＤＭＡＴ事務局の事業として、ＤＭＡＴ技能維持研修を地方ブロックごとに実施する予定である。さらに、地方ブロックごとに自衛隊、消防機関等との連携を図るためのＤＭＡＴ訓練補助事業も実施する予定であるので、各都道府県においては、ＤＭＡＴ隊員の積極的な参加に配慮をお願いする。

（災害医療体制の確保）

○　医療施設の耐震化については、医療施設の耐震工事に対する補助事業（基幹災害医療センター施設整備事業、地域災害医療センター施設整備事業、地震防災対策医療施設耐震整備事業、医療施設耐震整備事業）の調整率を０．５へ引き上げ、地方公共団体等の財政負担の軽減を図っている。

　また、平成21年度第一次補正予算において、医療施設耐震化臨時特例交付金を創設し、各都道府県へ必要額を交付したところである。交付金については、都道府県が基金として運用することから、特に厳格な管理をお願いする。

○　災害拠点病院等活動費については、平成22年度予算案において、引き続き、災害拠点病院の総合防災訓練等への参加経費や災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の活動経費に対する補助を計上している。

　各都道府県においては、これらの補助事業を積極的に活用し、災害医療体制の確保に取り組むようお願いする。

（緊急地震速報の受信装置の病院への導入）

○　緊急地震速報の受信装置の病院への導入については、地震発生時に、エレベーターへの閉じ込め防止等に有効であると指摘されている。

○　病院等が緊急地震速報の受信装置等を取得する場合の税制軽減措置（所得税・法人税・固定資産税）については、平成22年度税制改正案において、固定資産税の軽減措置について、平成26年３月31日まで延長した上で、廃止することとされた。各都道府県においては、緊急地震速報の受信装置の病院への導入促進について配慮をお願いする。

(5) へき地医療の確保

○　へき地医療については、現在、平成23年度から開始する第11次へき地保健医療計画についての検討会を開催しており、平成21年度内に報告書を取りまとめる予定としている。同報告書を踏まえ、各都道府県に対し、平成22年度中のへき地保健医療計画の策定をお願いする予定であるので、ご留意願いたい。

○　また、無医地区調査及び無歯科医地区調査については、現在、都道府県の協力により実施しているところであり、平成22年２月１日の提出期限までに提出いただくようよろしくお願いする。

２．医療計画を通じた医療連携体制の構築について

(1) 医療連携体制の構築について

○　医療計画における現在の課題は、医療計画を具体化することであり、特に、地域の医療連携を具体的に推進することが重要である。

○　各都道府県においては、医療計画に沿って、以下に示すような地域の医療連携の推進のための具体的な方策に取り組むようお願いする。

（地域の医療連携の推進のための具体的な方策例）

①　地域における医療の需給、患者の受療行動等の課題の抽出

限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、地域の医療機関が機能を分担及び連携することにより、地域全体で必要な医療を提供する必要がある。このため、地域における医療の需要と供給を疾病ごとに可視化・データベース化するなどにより、医療の需給、患者の受療行動等の課題を抽出することが重要となる。

平成20年度老人保健健康増進等事業研究「地域医療サービス提供マップ作成支援研究」において、平成21年３月に報告書が作成されたので、参考とされたい。

②　圏域連携会議等での地域の課題の議論

地域の医療連携の推進には、実際に医療を提供する地域の医療機関・医療従事者が情報・認識を共有する必要がある。このため、圏域ごとに各医療機能を担う関係者が具体的な連携等について協議する場である「圏域連携会議」等において、医療計画の推進状況を報告し、①の地域の課題の改善策等について議論を行うことが重要である。

保健所の取組について、平成20年度地域保健総合推進事業研究「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究」において、平成21年３月に報告書が作成されたので、参考とされたい。

平成22年度予算案において、医療連携を推進するための関係者の議論等を支援する医療連携体制推進事業を計上しているので、活用されたい。

③　地域の患者・住民への働きかけ

地域の医療連携の推進には、医療関係者だけでなく、医療を受ける患者・住民の理解と協力も必要である。このため、地域の医療資源の状況、医療機能の分担及び連携の体制等について、地域の患者・住民に分かりやすく示し、患者・住民へ働きかけを行うことが重要である。

平成22年度予算案において、医療連携を推進するための住民向け講習会、パンフレット､相談窓口等を支援する医療連携体制推進事業を計上しているので、活用されたい。

(2) 医療対策協議会の活性化について

○　医療法第30条の12の医療対策協議会については、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行い、医師不足地域への医師派遣の調整のほか、医師確保対策等を定めるための重要な場であり、その一層の活性化が望まれる。

○　各都道府県においては、地域や診療科における医師偏在の状況を把握した上で、関係者の協力を得ながら、医療対策協議会において積極的な協議を行い、医師派遣を行う医療機関への財政支援等の医師確保対策予算を活用し、医師確保対策をさらに推進するようお願いする。

○　また、社会医療法人の認定を行った都道府県においては、医療対策協議会の構成員に社会医療法人の代表を加えるようお願いする。

(3) 医療計画制度の見直しについて

○　平成21年12月15日に閣議決定された「地方分権改革推進計画」において、医療計画に関して、以下のとおりとされた。

①　都道府県の医療計画の内容のうち、地域医療支援病院等の整備の目標に関する事項及び医療提供体制の確保に関し必要な事項に係る規定（医療法第30条の４第２項９号及び13号）は、例示化又は目的程度の内容へ大枠化する。

②　基準病床数制度のあり方については、各都道府県の次期医療計画の策定時期に合わせ、平成23年度までに結論を得ることとする。

○　平成25年度から開始する次期医療計画に向け、平成22年度に検討会を設置し、基準病床制度のあり方を含めて検討を行う予定であるので、ご留意願いたい。

３．補助事業等の適正な執行について

補助事業等の執行に当たっては、大部分の補助事業者、間接補助事業者等においては、関係法令、実施要綱、交付要綱、交付決定の際に付された条件等に従って執行していただいているものと考えているが、例年、会計検査院等から、不適切な補助金の使用などについて指摘を受けているところである。

これまでも、会計検査院等からの指摘があったその都度、不適切な事例や補助金の適正な執行について周知を図ってきたところであるが、改めて、会計検査院及び総務省から指摘のあった主な事例及び留意事項について以下に挙げた。

各都道府県においては、これらの点に留意し、補助金の審査体制を整えるとともに、過去の補助金の総点検や補助事業者等の現地調査を行うなど、補助事業等の適正な執行に努められたい。

また、この旨については、補助事業者、間接補助事業者等に対し、必ず周知されるようお願いする。

おって、本年度中にも都道府県における補助事業等の執行状況について、現地調査を実施する予定なので、ご了知願いたい。

（１）都道府県等における留意事項

○交付申請時における十分な審査
（適正な対象経費の計上、適正な費用算定方法、事業の利用見込又は過去の実績等を踏まえた実効性　等）
○実績報告時における審査
（事業実施状況の確認、交付申請時に審査した事項の再確認　等）
○定期的な監査等による点検
（補助事業者等における書類等の整備、事業目的にあった効率的な活用状況　等）
○補助事業者等に対する指導
（補助事業者等として遵守すべき事項の周知　等）

（２）指摘のあった主な事例

○救急医療情報センター運営事業
・情報システムや専用端末の利用が低調
・兼務者の人件費を按分せずに全額補助対象経費として計上
○小児救急医療支援事業
・診療日数の算定方法に誤り
○第二次救急医療施設勤務医師研修事業
・補助対象外の経費を補助対象経費として計上
・県が実施主体であるにもかかわらず県職員に謝金を支払

・委託先の講師謝金単価が県よりも高額

○救急救命士養成所初度設備整備事業

・臨床実習用の救急車を購入しているが、その利用状況が低調

○救命救急センター運営事業

・ドクターカーの運転手の確保に係る経費の算定が不適切

・補助対象経費の算出が過大（減価償却費の計上に当たり国庫補助を受けた財産に係る分を計上、給与費から控除すべき手当を控除しない等）

・選定額の算出方法に誤り（基準額と差引事業費の多い方を選定）

・補助対象経費の積算が過大（借入利息を計上等）

・収入額に手術料、麻酔料等の診療収入を計上していない

○小児救急地域医師研修事業

・補助対象経費の支出を裏付ける証拠書類が残されていなかった

○休日夜間急患センター設備整備事業

・管理台帳を作成していない

○医療施設近代化施設整備事業

・事業の一部（電子カルテ等の整備）が未実施

４．医療従事者と患者・家族の協働の推進

○　医療は国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、国、都道府県、市町村、医療従事者、患者・家族等の関係者全員で支えていく必要がある。

○　救急車で搬送される患者のうち、半数は軽症者であり、不要不急にもかかわらず救急外来を利用している事例もあると指摘されている。安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）は、医療機関に過度な負担をかけ、真に救急対応が必要な患者への救急医療に支障をきたすおそれがある。

※　平成20年の救急車による搬送人員は約468万人であり、平成19年と比べると4.6％（約23万人）減少しているが、この10年間では31.9％（約113万人）増加している。平成21年上半期の救急車による搬送人員は前年同期と比べて2.1％（約５万人）減少しており、総務省消防庁が減少した消防本部に要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「市民への救急自動車の適正利用等の広報活動」（62.0％）、「頻回利用者への個別指導と毅然たる対応」（16.4％）等の回答であった。

○　また、本来医療は不確実な側面を有している。患者自身の期待が完全に満たされるとは限らない場合が少なからずあることを、患者側が認識することも大切であり、医療に対する過大な期待の裏返しとして生じる医療従事者と患者の間の信頼関係の悪化を食い止めることにもつながる。

○　医療の公共性等に関する認識の普及、医療従事者と患者・家族等の相互理解の促進等を図るため、全国の各地で、医療従事者と患者・家族等との懇談会の開催、救急利用の適正化を促すパンフレットの作成、子どもの急病時の対処方法等をまとめたガイドブックの作成等の市民活動等が行われている。

○　平成22年度予算案においては、
①　<u>患者・家族と医療従事者等との懇談会等の開催の支援（患者・家族対話推進懇談会事業）</u>
②　<u>医療従事者と患者側とのコミュニケーションの仲立ちする院内相談員の養成研修を支援（院内相談員養成研修事業）</u>
③　<u>急病時の対応等についての住民向け講習会、対応ガイドブック、相談窓口設置等を支援（医療連携体制推進事業）</u>
等を盛り込んでいる。

○　<u>各都道府県においては、これら補助事業を積極的に活用し、地域の市民活動を支援する等により、医療従事者と患者・家族等の相互理解の促進、救急利用の適正化等に取り組むようお願いする</u>。

５．医療法人等について

（社会医療法人の認定）

○　社会医療法人とは、医療計画に基づき特に地域で必要な医療（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療）の提供を担うものとして都道府県が認定する医療法人である。平成18年医療法改正により制度が創設され、平成20年４月から認定が始まったところであり、平成21年12月１日現在で、73法人が認定を受けている（関係資料：「10.社会医療法人の認定状況」）。各都道府県においては、引き続き、社会医療法人の適正な審査を行うようお願いする。

（持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行）

○　平成18年医療法改正により、医療法人の非営利性が徹底され、新たに設立される社団の医療法人は持分の定めのないものに限られ、既存の持分あり医療法人については、当分の間存続することとなった。

○　持分あり医療法人については、出資持分に係る相続税や出資持分の払戻請求により医業の継続が困難となるおそれがあり、持分なし医療法人への移行によって、そのような問題がなくなることから、既存の持分あり医療法人から持分なし医療法人への円滑な移行を進めることが重要である。各都道府県においては、持分あり医療法人から定款変更の相談があった際などに、持分なし医療法人への移行を促すようお願いする。

○　持分あり医療法人から持分なし医療法人へ移行する際に贈与税が非課税となる基準に関し、国税庁から「『贈与税の非課税財産（公益を目的とする事業の用に供する財産に関する部分）及び公益法人に対して財産の贈与等があった場合の取扱いについて』等の一部改正について（法令解釈通知）」（平成20年７月８日付け課資2-8、課審6-7）が発出されているので、御了知願いたい。

（医療法人の指導監督）

○　美容整形等の自由診療や眼科診療所の経営を目的とする医療法人において指導対象となる事例が目立っている。医療法人制度の趣旨を踏まえ、関係部局と連絡を密にして、医療法人の十分な指導監督をお願いする。特に、法人運営への第三者の関与が疑われる場合、法人の主体的な運営に疑いが生じた場合等には、法人からの報告聴取・法人への立入検査を実施する等、積極的な指導をお願いする。

（決算書類の届出、閲覧）

○　貸借対照表等の決算書類は、法人運営の適正性を判断する上で重要な資料である。医療法人については、医療法第52条により、決算書類の都道府県への届出と閲覧が義務付けられており、決算書類の届出漏れがないよう留意願いたい。また、悪質な事例には、医療法第76条の過料処分等厳正な対応をお願いする。

（医療法人の設立認可の取消し）

○　医療法第65条により、医療法人が成立した後又はすべての病院等を休止若しくは廃止した後、正当な理由なく１年以上病院等を開設又は再開しないときは、医療法人の設立認可を取り消すことができる。休眠医療法人の整理は、医療法人格の売買等を未然に防ぐ上で極めて重要であり、実情に即して、設立認可の取消しを検討するようお願いする。

（医療機関を経営する公益法人）

○　平成18年に公益法人制度改革が行われ、従来の公益法人については、平成25年11月31日までに、公益社団・財団法人の認定の申請を行うか、又は一般社団・財団法人の認可の申請を行う必要がある。

○　公益社団・財団法人の認定を受けるためには、公益目的事業比率が50％以上であること等の要件を満たす必要があるが、医療機関を経営する公益法人についても、公益社団・財団法人の認定を受けているところである。各都道府県においては、公益法人担当部局と十分に連携し、医療機関を経営する公益法人からの相談に応じるようお願いする。

６．医療機能評価について

○　第三者評価は、事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価するものである。個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけることができ、また、利用者の適切なサービスの選択に資するための情報となることから、医療分野においても、その普及が求められている。

○　病院を対象とした第三者評価として、財団法人日本医療機能評価機構が病院機能評価事業を行っており、病院の機能を学術的観点から中立的な立場で評価することにより、問題点を明らかにするとともに、機能改善が認められた病院に対する認定証の発行を行っている。

（参考）同機構の病院機能評価事業については、平成 21 年 11 月６日現在で、2,570 病院（病院全体の約 29%）が認定を受けている。

○　同機構においては、病院機能評価事業の事業内容や評価項目、認定病院の評価結果等をホームページで公表しており、また、受審準備を支援するための病院機能改善支援事業（窓口相談や訪問受審支援）も実施している。

○　また、臨床研修病院の指定の基準の一つとして「将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと」が位置付けられており、病院機能評価事業の新たな評価項目（平成 21 年７月の審査より適用。統合版評価項目 Ver. 6.0）においては、第４領域「医療提供の組織と運営」において、臨床研修機能についても評価を行うこととされている。

（参考）臨床研修病院の受審申請件数（審査終了のものを含む。）は、単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院で 959 病院（全体の約 86%）となっている。

○　各都道府県においては、住民に対する良質な医療の提供及び医療関係者の意識の向上を図るべく、管下の民間病院、公立病院等に対し、医療機能評価事業の一層の普及に努めるようお願いする。

７．院内感染対策について

○　ＭＲＳＡ（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、ＶＲＥ（バンコマイシン耐性腸球菌）、ＭＤＲＰ（多剤耐性緑膿菌）、ＭＤＲＢ（多剤耐性アシネトバクター）等の病原体に起因する院内感染事例が、各地の医療機関において依然として散発している。

○　管下の医療機関において院内感染が発生した場合には、当該医療機関の管理者と連携し、適切な対処方よろしくお願いする。
　また、院内感染対策については、個々の医療機関における組織的な取組（院内感染対策委員会の開催、院内感染対策指針の整備、職員研修等）に加え、地域における連携体制の構築が重要である。管下の医療機関において適切な院内感染対策が講じられるとともに、地域の連携体制が構築されるよう、適切な指導方引き続きよろしくお願いする。

○　院内感染の防止に関する一般的な留意事項等については、厚生労働科学研究により報告された科学的知見等に基づき、「医療施設における院内感染の防止について」（平成17年２月１日医政指発第0201004号厚生労働省医政局指導課長通知）により示してきたところであり、また、医療機関における院内感染対策指針の整備の支援を目的として、「院内感染対策のための指針案及びマニュアル作成のための手引きの送付について」（平成19年５月８日厚生労働省医政局指導課事務連絡）を送付している。
　院内感染対策の推進に当たっては、当該通知及び事務連絡を活用するとともに、院内感染対策を含めた医療安全管理体制の整備が十分図られるよう適切な指導方よろしくお願いする。

○　院内感染発生時の対応及び家族への説明については、「薬剤耐性菌による院内感染対策の徹底及び発生後の対応について」（平成19年10月30日医政総発第1030001号・医政指発第1030002号厚生労働省医政局総務課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知）を参考として指導方よろしくお願いする。

○　管下の医療機関において重大な院内感染事例が発生した場合又は発生したことが疑われる場合には、必要に応じて、直ちに厚生労働省に相談し、国立感染症研究所等の協力を得ることについても考慮されたい。

８．医療法第25条第１項に基づく立入検査について

○　医療法第25条の第１項に基づく立入検査については、「医療法第25条第１項の規定に基づく立入検査要綱」（平成13年６月14日医薬発第637号・医政発第638号医薬局長・医政局長連名通知）及び「平成21年度の医療法第25条第１項に基づく立入検査の実施について」（平成21年４月９日医政発第0409009号医政局長通知）を参考に実施していただいている。

適正な医療提供体制の確保の観点から、無資格者による医療行為を防止するため、医療機関に対し採用時における免許証原本の確認の徹底を指導するとともに、患者等から通報があった場合は直ちに検査を実施し、無資格者による医療行為が明らかになった事例については、直ちに是正指導するとともに、その事実を告発するなど厳正な対処をお願いする。

○　無資格者による医療行為のほか、医師及び助産師以外の看護師等による助産行為、都道府県知事の許可を受けていない複数医療機関の管理等の通報等があった場合には、業務の実態を把握した上で、必要な指導等をお願いする。

○　診療所も含め医療機関は営利を目的とするものではなく、また、医療機関の開設者は、開設・経営の責任主体とされていることから、営利法人等が医療機関の開設・経営を実質的に左右している疑いがあるとの通報等があった場合においては、開設者が医療法人か個人であるかにかかわらず、その医療機関に対し、立入検査を実施し、開設者からの説明聴取、税法上の帳簿書類（財務諸表、確定申告書等）等の検査を行い、実態面の各種事情を十分精査の上、厳正に対処していただくようお願いする。

特に、美容外科、眼科等を標榜し自由診療を行っている診療所については、開設者及び非営利性に関して十分な確認を行うようお願いする。

○　また、病院等の管理者は医療安全を確保するための措置を講じる必要があり、引き続き、院内感染対策のための体制、医薬品及び医療機器に係る安全管理のための体制の確保について、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年３月30日医政発第0330010号医政局長通知）等の医療安全関係通知に基づき指導方お願いする。

９．病院における吹付けアスベスト（石綿）対策について

(1) 経緯

○　病院における吹付けアスベスト（石綿）対策については、患者等の安全対策に万全を期すため、「アスベスト問題への当面の対応」（平成17年アスベスト問題に関する関係閣僚会合）に基づき、実態調査を実施し、結果を公表するとともに、「ばく露のおそれがある場所」を保有する病院等に対して適切な措置を指導する等、各都道府県に対応をお願いしてきた。

○　平成19年以降、以下のような留意すべき事項があった。

①　総務省行政評価局による勧告（平成19年12月16日）
　平成17年の実態調査について、総務省行政評価局により、建築物全体におけるアスベスト使用状況確認の徹底等の「アスベスト対策に関する調査結果に基づく勧告」が行われた。

②　アスベストの対象種別についての報道（平成20年１月５日等）
　一般に知られているアモサイト、クリソタイル、クロシドライト以外のトレモライト、アンソフィライト、アクチノライトの使用実態が報道された。

③　石綿障害予防規則に関する通知（平成20年２月６日）
　②を受け、厚生労働省労働基準局より、アスベスト使用分析調査については６種類全てを対象とすることの徹底等を内容とする通知が発出された。

(2) 平成20年アスベスト使用実態調査等について

○　前述の状況を踏まえ、アスベスト問題に関する関係省庁会議で再実態調査の必要性が確認されことを受け、平成20年５月に６種類のアスベストに係る「病院における吹付けアスベスト（石綿）等使用実態調査」を各都道府県の協力により実施し、その結果を平成20年９月に公表したところである。

○　また、平成20年10月に「使用実態調査のフォローアップ調査」を各都道府県の協力により実施し、その結果を平成21年３月に公表したところである。

○　さらに、平成21年12月に２回目の使用実態調査のフォローアップ調査の実施を各都道府県にお願いしたところであるが、現在、各都道府県から報告された調査結果を精査の上、取りまとめを行っているところであり、今後、速やかに公表したいと考えている。

(3) 今後の対応

○　フォローアップ調査の結果、吹付けアスベスト（石綿）等の損傷、劣化等による粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を保有する病院はもとより、飛散のおそれのない病院であっても、破損の際にはアスベストの繊維が飛散する恐れがあるため、引き続き、アスベストの除去、封じ込め、囲い込み等法令等に基づき適切な措置を医療監視、建築、環境等の関係部局とも連携して指導するようお願いする。また、分析調査中の病院については、その保有状況を明らかにした上で、状況に応じ適切な措置を指導するなど、病院における吹付けアスベスト（石綿）対策の徹底に万全を期されるようお願いする。

（医事課）

１．医師等の資格確認について

医療機関等において、医師等を採用する場合は、免許証等の原本により資格を有していることの確認を求めているほか、保健所等において、免許証の再交付申請があった場合は、厳密に本人確認を行うよう求めているところである。

しかしながら、平成２０年度には、偽造した医師免許証または看護師免許証の写しを使用して、無資格者が長年にわたり医業等を行っていたという事例が発生しており、誠に遺憾である。

医師等の資格確認については、昭和４７年１月１９日付医発第７６号、昭和５３年３月２０日付医発第２８９号及び昭和６０年１０月９日付健政発第６７６号により通知しているところであるが、今後かかる事例が発生することのないよう、医療関係職種の採用の際には免許証の原本確認を十分行うよう関係部局、貴管下保健所、病院、診療所等関係機関に対し指導されたい。また、医師、歯科医師については、平成１９年４月から厚生労働省ホームページ上で運用を開始した「医師等資格確認検索システム」(http://licenseif.mhlw.go.jp/search/)をも活用するなどにより適正な資格確認を行うよう徹底願いたい。

２．医療関係資格者の行政処分対象事案の把握等について

（１）医療関係資格者として不適切な行為のあった者に対する処分について、平成１４年１２月、医道審議会医道分科会において「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」により今後とも厳正な態度で臨むこととしている。各都道府県におかれては、医療関係資格者の倫理に関する意識の昂揚について、引き続き、御協力をお願いする。

（２）医療関係資格者の行政処分対象事案の把握については、かねてより御協力いただいているところであるが、情報入手の適正化の観点から平成１６年より医師及び歯科医師が刑事事件の被疑者として起訴された場合及び判決が出された場合に、法務省から当省に対し、医師の氏名、事件の概要等の情報が提供されることとなっている。

このため、法務省から提供のあった情報を含め、各都道府県に判決書の入手等を依頼することとしているので、引き続き、御協力をお願いする。

また、その他の医療関係資格者の対象事案の把握及び判決書の入手等についても、引き続き、御協力をお願いする。

３．医療従事者の養成について

（１）医師等医療関係職種の国家試験については、各職種の更なる質の向上を図る観点から、適宜、試験の改善を図り、その実施に努めているところである。

また、平成２２年の国家試験は、別冊の関係資料のとおり実施するので、合格発表後の免許申請手続きにあたっては、引き続き適切な実施方をお願いする。

（２）当課で所管する各医療関係職種の養成所については、近年、新設校の開設により学校数が毎年増え続けている職種もあり、新設校と既存校両者の質の確保が重要となっていることから、今後とも各地方厚生(支)局を中心として厳正に指導を行っていく予定である。

（歯科保健課）

１．歯科保健医療対策について

厚生労働省では、８０歳になっても自分の歯を２０本以上保つことを目標とした８０２０（ハチマル・ニイマル）運動を進めており、８０２０達成者の増加や学童期のむし歯有病者率の減少など、国民の歯の健康状態は改善しているところである。各都道府県等におかれては、引き続き、本運動の一層の推進に努められたい。

(1) ８０２０運動の推進について

生涯を通じた国民の歯の健康の保持の推進を図るとともに、都道府県における歯科保健対策を円滑に推進するため、「８０２０運動推進特別事業」を引き続き実施する。

なお、本事業については、先に開催された行政刷新会議での意見を踏まえて、事業内容について一部見直しを行うので都道府県においては本事業が効果的かつ効率的に実施されるよう努められたい。

＜見直しのポイント＞

○事業内容については、歯科検診の実施体制の整備や歯科疾患の予防等に関する取り組みが成人期以降も重点的に実施されるよう、事業内容を明確化する。

○予算の透明性、都道府県の事業主体性をより高めるため、都道府県においては、住民を含めた歯科関係者からなる外部検討会を設置し、管内の歯の健康の保持に関する課題を整理した上で事業計画を提出する。

○事業を外部に委託する場合にあっては、経費の内訳、委託する理由を添付する。

(2) 平成２２年度歯科保健医療対策事業について

在宅高齢者への歯科保健医療の推進、安全で安心な歯科医療提供体制を整備する観点から、

① 在宅歯科医療、口腔ケア等に専門性をもつ歯科医師及び歯科衛生士を養成するための「歯の健康力推進歯科医師等養成講習会」

② ①の講習会を受講した歯科医師を対象として、在宅歯科診療を実施する医療機関に対し在宅歯科医療機器設備を整備する「在宅歯科診療設備整備事業」

③ 歯科医療の安全の確保を効率的に推進し、より安全で安心な歯科医療提供体制を整備する「歯科医療安全管理体制推進特別事業」

を引き続き実施することとしている。

更に、上記とは別に、医科・介護等との連携を推進する観点から、在宅歯科医療における連携体制構築に関する補助事業を新たに平成２２年度予算案に盛り込んだところであるので、都道府県においては、事業が効果的に実施できるよう努められたい。

(3) 歯科衛生士の養成課程について

歯科衛生士の養成課程における修業年限等の指定基準改正（平成17年４月施行、経過措置５年）以降、現時点において、ほぼ全ての養成機関で新課程（３年制）での養成が実施されているところである。新課程での教育が円滑に実施されるよう、都道府県におかれては、関係機関に対し、引き続きご指導方よろしくお願いしたい。

２．歯科医師臨床研修制度について

(1) 歯科医師臨床研修を巡る状況

平成18年４月１日から歯科医師臨床研修が必修となり、診療に従事しようとする歯科医師は臨床研修を受けなければならないこととされた。

平成21年度は、2,300名程度の歯科医師が臨床研修を受けている。

平成21年４月１日現在の歯科医師の臨床研修施設数は、単独型及び管理型臨床研修施設が237施設（大学病院97施設を含む）、協力型臨床研修施設が1,653施設である。

なお、平成19年度から臨床研修を修了した旨の歯科医籍への登録申請を行っている。平成21年度は、2,300名程度の修了が見込まれている。

《参考》歯科医師臨床研修施設数（平成21年４月１日現在）

区分		施設数
大学病院（歯）		３１施設
大学病院（医）		６６施設
その他病院	単独型	１００施設
	管理型	１４施設
	協力型	９９施設
歯科診療所	単独型	１９施設
	管理型	７施設
	協力型	１，５５４施設
合計		１，８９０施設

注）大学病院（歯）とは、歯学を履修する課程を置く大学に付属する病院
　　協力型の区分には、単独型または協力型として指定された施設を含まない。
　　大学病院（歯）は１施設、大学病院（医）は６施設の協力型病院を含む。

(2) 歯科医師臨床研修制度の見直し

歯科医師臨床研修制度は、臨床研修に関する省令の施行（平成17年）後５年以内に見直しを行うこととなっており、平成21年12月に歯科医師臨床研修推進検討会において、臨床研修制度の見直しに関する第２次報告がとりまとめられたところ。歯科医師臨床研修に関する省令や関係通知の見直しについ

ては、第２次報告や医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会における審議を踏まえて、現在省令改正等の作業を行っているところ。

(3) 歯科医師臨床研修に係る財源の確保

必修化後５年目にあたる平成22年度予算案においては、歯科医師臨床研修費補助金を約29.1億円計上した。

都道府県におかれては、本制度の主旨を踏まえ、円滑かつ着実な実施に向けて引き続きご協力をお願いしたい。

３．新規参入歯科医師数の削減について

(1) 経　緯

・歯学部は昭和45年（17校、入学定員1,460人）から56年（29校、3,380人）にかけて急増したため、昭和61年「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」（厚生省）が20％削減を提言。
・私立歯科大学協会の協力等で平成６年までに削減率19.7％（666人減）。
・平成10年、厚生省の同様の検討会が入学定員の削減と歯科医師国家試験の見直しにより、新規参入歯科医師の10％程度抑制を提言。以降、一部の大学が募集人員を削減(1.7％（47人））。
・平成21年度の募集人員は2,624人と最大時に比べ、756人、22.4％削減。

・国家試験については、平成16年試験から合否基準を見直し、従前90％程度前後であった合格率は直近では60％代後半に低下。
・合格者数は、昭和61年前後３年間の平均3,252名が、直近３年間では、平均2,342名と910名（28％）減少。

・上記施策により、一定の成果をみたが、医師確保策の議論が進む中で、歯科医師需給についてさらなる検討の必要性が浮き彫りとなる。

(2) 文部科学大臣と厚生労働大臣による確認書

平成18年8月31日、両大臣が下記の内容の確認書に署名。

記

歯科医師については、以下のとおり、養成数の削減等に一層取り組む。
① 歯学部定員については、各大学に対してさらに一層の定員減を要請する
② 歯科医師国家試験の合格基準を引き上げる。

(3) 新規参入歯科医師数削減の今後の方針

確認書の①については、文部科学省が、
・再三にわたり、定員削減を要請
・平成21年1月に、「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」において入学定員の問題等に関する第１次報告が取りまとめられたところであり、21年度入学者数は2,624人と20年度から33人削減されたところ。

確認書の②については、厚生労働省が、
・平成19年12月に歯科医師国家試験改善検討部会報告書をまとめ平成20年度に歯科医師国家試験出題基準を改定したところである。これを受けて、平成22年実施の試験より新しい合格基準が運用される見込みである。

４．国外で作成された補てつ物等の取り扱いについて

インターネットの普及等により、歯科医師が国外で作成された歯科補てつ物等を輸入し患者に提供する事例が散見されることから、その取り扱いについては、「国外で作成された補てつ物等の取り扱いについて」（平成17年９月８日医政歯発0908001号）により、通知したところであるので引き続き関係者に周知をお願いしたい。

なお、第165回臨時国会において、本件に関する質問主意書が提出され、答弁書を提出しているので、業務の参考にされたい。

（質問主意書）

第165回国会（臨時国会）

提出番号　5、19

http://www.sangiin.go.jp/japanese/frameset/fset_c03_01.htm

平成２１年１２月２５日

平成22年度看護職員確保対策の予算案（概要）

（平成２１年度予算）		（平成２２年度予算案）	（差引増加額）	（対前年度伸率）
９３.８億円	→	１０１.１億円	７.３億円	１０７.８％

※上記係数は、医政局（国立高度専門研究センター関係を除く）における係数。

１．看護職員確保対策の総合的推進　154百万円

① 看護職員需給見通しに関する検討会（第７次）等　12百万円
平成23年以降の看護職員の需給見通しを策定するとともに、総合的な看護職員確保対策などを検討

② 看護職員確保対策特別事業　142百万円
看護職員の離職防止対策をはじめとした総合的な看護職員確保対策に関する特別事業に対する支援

２．資　質　の　向　上　2,518百万円

（１）新人看護職員研修の着実な推進　1,688百万円

① 新人看護職員研修事業【新規】　1,688百万円
新人看護職員がガイドラインに沿った研修を受けられる体制を構築するため、
○ 研修プログラムの企画立案・策定等を担う研修責任者の研修に対する支援
○ ＯＪＴ研修の実施病院等は研修責任者・教育担当者の配置や体制整備に対する支援
○ ＯＪＴ研修を実施しない病院等を対象とした集合研修を実施するとともに、研修責任者の配置や研修の受講を促進するための経費に対する支援
○ 新人看護職員研修の普及を図るため、地域における協議会の開催や研修の実施が困難な病院等に対するアドバイザー派遣などに対する支援

（２）認定看護師育成など医師と看護職員の役割分担の推進　286百万円

① 看護職員専門分野研修事業【拡充】　184百万円
高度な技術を有する認定看護師の養成研修に対する支援

② 協働推進研修事業　102百万円
医師及び看護師等の連携と協働を推進するため、看護師等に対する能力研鑽の研修に対する支援

（３）質の高い看護職員の育成のための支援　355百万円

① 専門分野（がん・糖尿病）における質の高い看護師の育成　89百万円
がん及び糖尿病の患者の看護ケアを充実するため、臨床実践能力の高い専門的な看護師の育成のための臨床実務研修に対する支援　※ 委託事業から医療提供体制推進事業に組替え

② 看護教員等養成の充実強化【拡充】　220百万円
看護教員の質の向上と確保を図るため、
○ 看護教員養成講習会については、幹部教員・保健師・助産師教員養成の実施に対し措置するとともに、実施主体の多様化（大学等）を図るために補助対象を拡充
○ 看護教員等の経験に応じた継続研修に対する支援
○ 看護師等養成所に対し、看護教員養成講習会への受講促進するための措置や新任看護教員の研修に対する支援（新たな加算として、看護師等養成所運営事業に計上）

（４）訪問看護の推進（訪問看護推進事業）　161百万円

○ 訪問看護を推進するため、地域関係者による訪問看護推進協議会の設置や、訪問看護ステーションと医療機関の看護師の相互交流による研修、訪問看護管理者や潜在看護師等に対する研修の支援
○ がん末期患者等の在宅ターミナルケアを推進するため、研修やアドバイザー派遣事業等に対する支援
○ 医療依存度が高いなど在宅療養者の多様なニーズに対応できる医療型多機能サービスや訪問看護と訪問介護の一体型サービスの展開に向けた取組に対する支援
※ 委託事業から医療提供体制推進事業である本事業に統合

３．離職の防止・復職の支援　　2,501百万円

（１）看護職員等の勤務環境の改善に向けた支援　　2,152百万円

① 短時間正規雇用等看護職員の多様な勤務形態導入支援事業【新規】　　93百万円

医療機関における看護職員の確保及び定着を図るため、短時間正規雇用などの多様な勤務形態の導入に対する支援

② 病院内保育所運営事業【拡充】　　2,059百万円

子供を持つ看護職員や女性医師などの離職防止及び復職支援のための病院内保育施設（民間）の運営に対する支援の更なる充実のため、補助対象を小学校低学年の子供に対する児童保育にも拡充

（２）助産師の確保・活用の総合的な推進　　116百万円

① 助産師活用推進協議会　　26百万円

地域における助産師の養成確保や活用策の企画・立案するための協議会の設置・運営に対する支援

② 院内助産所・助産師外来開設のための医療機関管理者及び助産師研修事業　　32百万円

院内助産所・助産師外来の開設を促進するため、医療機関管理者及び助産師への研修に対する支援

③ 助産所管理者研修事業【新規】　　9百万円

助産所の管理者の能力向上のため、安全管理やスタッフの能力開発などの研修に対する支援

④ 潜在助産師復職研修事業　*※委託事業から医療提供体制推進事業である本事業に統合*　　46百万円

潜在助産師等の復職を促進するため、最新の助産に関する知識や技術等の臨床実務研修に対する支援

（３）潜在看護職員の復職支援等　　232百万円

① 潜在看護職員復職研修事業　*※委託事業から医療提供体制推進事業に組替え*　　31百万円

潜在看護職員の復職を促進するための臨床実務研修等に対する支援

② 看護職員就業状況等実態調査【新規】　　87百万円

潜在看護職員の実態を把握するための調査を実施

③ 中央ナースセンター事業　　114百万円

求人・求職情報の提供などの潜在看護職員の再就業の促進を図るナースバンク事業等を実施

４．養　成　力　の　確　保　　4,936百万円

① 看護師等養成所運営事業　　4,889百万円

看護師等養成所（民間立）の運営に対する支援

② 看護師養成所修業年限延長促進事業【新規】　　7百万円

看護師養成所における修業年限延長に伴う準備に必要な専任教員配置経費に対する支援

③ 助産師養成所開校促進事業、看護師養成所２年課程（通信制）導入促進事業　　38百万円

助産師養成所、看護師養成所２年課程(通信制)の新設の準備に必要な専任教員等配置経費に対する支援

④ 学生実習国民向けＰＲ経費　　2百万円

看護学生の実習についての理解及び協力を求めるための広報を実施

５．その他設備・施設整備事業

（１）医療提供体制推進事業補助金（統合補助金）　　30,544百万円の内数

① 看護師等養成所初度設備整備事業・教育環境改善設備整備事業（公的立及び民間立分）

② 院内助産所・助産師外来設備整備事業（公的立及び民間立分）

（２）医療提供体制施設整備費交付金（交付金）　　8,874百万円の内数

① 看護師等養成所施設整備事業（民間立分）

② 看護師養成所修業年限延長整備事業（民間立分）【新規】

③ 看護教員養成施設整備事業【新規】

看護教員養成講習会の定員数の増加等に伴う教室の改修等の施設整備に必要な経費に対する支援

④ 病院内保育所施設整備事業、院内助産所・助産師外来施設整備事業（公的立及び民間立分）

⑤ 看護師勤務環境改善施設整備事業、看護師宿舎施設整備事業（民間立分）

○「看護の日」及び「看護週間」について

看護に対する国民の理解を深めるため、５月１２日を「看護の日」及び５月１２日を含む１週間を「看護週間」として、全国的に１日看護体験などの行事を開催し、普及啓発に取り組んでいるところである。

制定から２０年目になる平成２２年度の中央行事（看護フォーラム）は、東京都で行う予定である。各都道府県におかれても、普及啓発に関する事業への積極的な取り組みをお願いしたい。

（経済課）

１．後発医薬品の使用促進について

後発医薬品については、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資することから、医療関係者等の信頼性を高め、その使用促進を図るため、安定供給、品質確保、情報提供、環境整備等の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組について、平成19年10月に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定・公表した。さらに、平成20年度診療報酬改定において、処方せん様式の変更、療養担当規則の改正等医療保険制度上の対応も実施され、また本年度においては、「後発医薬品希望カード」を原則すべての被保険者に配布するといった保険者の取組に対する支援等も実施しているところである。

都道府県の取組としては、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」（都道府県協議会）を設置し、後発医薬品の安心使用促進に係る環境整備等に取り組んでいただいているところであるが（平成21年12月現在42都道府県で設置済）、未設置の都道府県においても、可能な限り早期の設置についてご検討願いたい。

また、平成22年度予算案において、後発医薬品の採用に積極的な病院の薬剤部における後発医薬品採用リスト及びその採用基準を作成し、域内の医療機関で共有するための経費が新たに計上されたので、予算が成立した際は当該経費の執行についてご協力をお願いする。

２．災害等の発生に備えた医薬品等の供給、管理等

大規模災害やテロ事件等発生時における医薬品等の安定供給の確保のため、災害対策基本法等に基づく厚生労働省防災業務計画及び武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律に基づき都道府県が策定する国民保護計画により、各都道府県には関係者間の情報連絡体制、災害用の備蓄医薬品等の確保方策、保管・管理体制等を内容とする医薬品等の供給、管理等のための計画の策定をお願いしているところである。

大規模災害やテロ事件等発生時において、効果的な対応ができるよう適宜計画や医薬品の備蓄状況等の再点検（平成 15 年 6 月 4 日付け医政局経済課長通知「「医薬品等の供給、管理等のための計画」についての再点検等について」）をし、適切な体制の整備をお願いする。

なお、災害用医薬品及びテロ用医薬品の備蓄状況については、今後も調査を行うこととするので、ご協力をお願いする。

※平成 21 年 3 月に行った備蓄調査の際には、テロ事件発生時に使用できる医薬品の備蓄をしていない都道府県も散見された。

３．薬価調査・特定保険医療材料価格調査について

薬価調査及び特定保険医療材料価格調査については、昨年、各都道府県のご協力をいただき、本調査を実施することができた。厚く御礼申し上げる。本年も例年同様、他計調査等を実施する予定なので、引き続きご協力をお願いする。

なお、具体的な調査の方法等については、従来同様追って連絡する。

４．医療用医薬品・医療機器の流通改善について

医療用医薬品の流通については、自由かつ公正な競争の確保とともに、公的保険制度下における取引の透明性・公平性を図る観点から、過大な薬価差を始めとする取引慣行の改善に向けて、関係者による取組が行われてきたところである。

このうち、長期にわたる未妥結・仮納入や全品総価取引といった公的保険制度下での不適切な取引慣行については、中央社会保険医療協議会からも、薬価調査の信頼性確保の観点から是正を求められており、「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会（流改懇）」において、流通上の諸課題についてその実態の検証を行い、平成 19 年 9 月に「医療用医薬品の流通改善について（緊急提言）」がとりまとめられ、取引慣行の改善に向け大きく動き出したところである。

しかしながら、本年度に実施した価格妥結状況調査結果においては、改善に一定の成果が見られるものの、特に公的病院における改善が進んでいない状況が見られること等から、平成 21 年 5 月に開催した流改懇においては、200 床以上の大病院、特に公的病院における妥結率の改善が改めて求められたところである。

各都道府県においては、提言の趣旨をご理解の上、これに沿って流通改善の一層の推進にご協力いただくよう、管下の流通当事者、特に都道府県立病院等の公的病院に対する周知とご指導をお願いする。

また、医療機器の流通については、平成 20 年 12 月から「医療機器の流通改善に関する検討会」を設置し、医療用医薬品と同様に、医療機器の流通慣行についても是正に向けた検討を始めたところである。今後は、医療機器の流通改善についてもご協力をお願いする。

５．医療関連サービスについて

医療機関の業務委託については、医療法において委託基準を設け、業務委託の質の確保を図ってきたところであるが、業務委託の実施に当たっては、医療法はもとより、食品衛生法、クリーニング業法、薬事法等の他の関係法令の規定を併せて遵守する必要がある。このため、都道府県の担当部局にあっては、関係部署との連絡を密にして、適正な業務委託の実施に向けてご指導をお願いする。

６．医薬品産業政策の推進について

医薬品産業は、国民の保健医療水準の向上に資するだけでなく、我が国のリーディング産業として、国民経済の発展にも大きく貢献することが期待されている。

医薬品産業振興施策の着実な実施のため、研究資金の集中投入、臨床研究・治験環境の整備、審査の迅速化・質の向上、イノベーションの適切な評価等に取り組み、医薬品の研究から上市に至る過程を支援しているところである。

今後とも国際競争力のある医薬品産業の育成に取り組んでいくこととしているので、各都道府県においても、医薬品産業政策の推進に引き続きご協力をお願いする。

７．医療機器産業政策の推進について

医療機器産業は、革新的医療機器の開発や医療機器の特徴でもある改良・改善を行うことにより、わが国の保険医療水準の向上に貢献しているところであるが、治療に用いられる医療機器については、輸入の割合が７割であるなど、国際競争力の強化が求められているところである。

また、医療機器は、研究から上市だけでなく、医療現場における適正使用及び廃棄・再利用までの医療機器のライフサイクル全体を踏まえた産業政策が重要である。

こうした状況を踏まえ、平成 20 年 9 月、「新医療機器・医療技術産業ビジョン」を策定し、医療機器産業に対する具体的な支援策をアクション・プランとして示したところであり、現在、アクションプログラムに基づき、研究資金の集中投入、臨床研究・治験環境の整備、審査の迅速化・質の向上、イノベーションの適切な評価等を行っているところである。

各都道府県においても、医薬品産業政策と同様、引き続きご協力をお願いする。

（研究開発振興課）

1. 治験･臨床研究の活性化について

(1)新たな治験活性化5カ年計画

平成 9 年の「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」の制定とともに生じた、いわゆる「治験の空洞化」ともいえる日本での治験離れを改善すべく、平成 15 年に策定した「全国治験活性化3ヵ年計画」で取り組んだ治験実施体制の基盤作りのみならず、治験につながる臨床研究全体の実施体制の強化に関わる課題への対応の必要性が指摘された。同計画では、我が国から革新的医薬品･医薬品を創出すること及び世界における最新かつ質の高い医療のエビデンスを発信することを目指して、「5カ年計画の実施により期待される治験･臨床研究の姿」を示し、その達成にむけた重点的取組事項（アクションプラン）を設定し取組みを進めている。

【重点的取組事項（アクションプラン）】

(1) 中核病院･拠点医療機関の体制整備
　中核病院･拠点医療機関40カ所程度を治験等実績、実施体制等を踏まえ地域性も考慮し、治験･臨床研究の人材を集中的に投入し、技能の集約化とスタッフの育成を図っている。
(2) 治験･臨床研究を実施する人材の育成と確保
(3) 国民への普及啓発と治験･臨床研究への参画の促進
(4) 治験･臨床研究の効率的実施及び企業負担の軽減
(5) その他の課題

(2)新たな治験活性化5カ年計画の中間見直しについて

本年は5カ年計画の中間年にあたることから、今般、「新たな治験活性化5カ年計画の中間見直しに関する検討会」を設置し、治験･臨床研究活性化の必要性･方向性、5カ年計画前半の進捗及び後半の取組みについてとりまとめを行っている（平成 22 年 1 月 19 日終了予定）。

本検討会における議論を踏まえ、「中核病院･拠点医療機関へ求める機能」を明確にし、5カ年計画の後半に、中核病院･拠点医療機関に対して積極的な対応を求める課題及び体制整備のマイルストーンを示したところである。

今後、我が国発の革新的な医薬品･医療機器の創出につながる治験･臨床研究実施に必要な確固たる、また国際競争力のある基盤を整備･強化するため、中核病院･拠点医療機関においては「中核病院･拠点医療機関へ求める機能」に示された基盤整備を着実に進めるとともに、各都道府県における他の医療機関においてもこれを参考に我が国全体の治験･臨床研究環境の改善に向けて取り組むようご周知いただきたい。

別　紙

新たな治験活性化5カ年計画の概要

治験等の活性化が目指すもの

(1) 目的

　国民に質の高い最先端の医療が提供され、国際競争力強化の基礎となる医薬品・医療機器の治験・臨床研究実施体制を確保し、日本発のイノベーションの創出を目指す。

(2)5カ年計画の実施により期待される治験・臨床研究の姿

① 治験・臨床試験のコスト、スピード、質を米国等諸外国並に改善する。

② 国際共同治験の実施数をアジア周辺国と同等以上の水準まで向上させる。

③ 国民が安心して治験・臨床研究に参加することが出来る体制が確保されている。

中核病院・拠点医療機関等の基盤整備

※ 中核病院（平成19年度選定　平成22年1月時点）

大分大学医学部附属病院
北里大学医学部
慶應義塾大学医学部
国立がんセンター中央病院
国立国際医療センター
国立循環器病センター
国立成育医療センター
国立精神・神経センター武蔵病院
千葉大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構本部

※ 拠点医療機関（平成19年度選定　平成22年1月時点）

岩手医科大学附属病院
自治医科大学附属病院
群馬大学医学部附属病院
虎の門病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院
東京慈恵会医科大学附属病院
東京女子医科大学病院
東京都立清瀬小児病院
日本大学医学部附属板橋病院
神奈川県立こども医療センター
聖マリアンナ医科大学病院
東海大学医学部付属病院
新潟大学医歯学総合病院
金沢大学医学部附属病院
静岡県立静岡がんセンター
聖隷浜松病院
浜松医科大学医学部附属病院
名古屋大学医学部附属病院
三重大学医学部附属病院
大阪市立大学医学部附属病院
近畿大学医学部附属病院
大阪府立成人病センター
大阪府立母子保健総合医療センター
兵庫県立がんセンター

岡山大学病院
広島大学病院
山口大学医学部附属病院
徳島大学病院
久留米大学医学部附属病院
福岡大学病院

中核病院・拠点医療機関へ求める機能

中核病院・拠点医療機関へ求める機能については、新たな治験活性化5カ年計画の 9 ページ表1（中核病院）及び 11 ページ表 2（拠点医療機関）に示されており、各々の機関において取組みを進めているところ。

これまでの検討会の議論を踏まえ、以下の項目については、さらに積極的な整備を求める。

○：従来からの取組みをより強化する項目　△：機能を追加する項目　●：新規項目

＜人材＞

● 治験・臨床研究を適切に実施する上で必要な人材を、医療機関内で安定的に雇用すること。
● 臨床研究を支援する人材を配置すること。

＜機能＞

△ 共同審査委員会等の機能の提供体制を有し、その活用により効率化が図られていること。※
● 革新的な医薬品・医療機器の開発につながる臨床研究、医師主導治験に積極的に取り組むこと。

※ 他の治験実施医療機関、臨床研究機関の長からの依頼による審査を行うことができる審査委員会、複数の治験実施医療機関、臨床研究機関の長が共同で設置する共同審査委員会を含み、治験等を行うことの適否等の審査を集約することにより効率化を図ることを指す。

＜患者対応＞

● 治験・臨床研究に参加した被験者に対して、希望時には当該治験・臨床研究の結果が提供されることを説明文書等において周知を図ること。

＜事務・IRB 等＞

△ 臨床研究に関する事務局業務を担う専門部門を有すること。

△ 患者や治験依頼者向けに院内の治験実施体制や契約手続に必要な書類、治験・臨床研究の実績、領域・疾患別患者数等の情報（個人情報、企業秘密等の秘密保持契約に抵触するものを除く。）を積極的に更新しかつ公開すること。

● 治験依頼者と医療機関の適正な役割分担の観点から、医療機関における業務範囲を明確にし、治験依頼者に対して公開すること。

△ 中核病院、拠点医療機関や関連医療機関からも利用できるいわゆる共同審査委員会等を設置すること。

△ 治験実施計画書の内容を検討し、実施可能性（実施可能症例数等）について迅速に確度の高い回答を可能とする仕組みを構築すること。

● 契約治験数、個々の治験の契約症例数を増加させるための具体的な取組みを行うと共に、各医療機関において実施した治験全体の実施率は特段の事情がない限り80%以上※1に達していること。

● 治験依頼者から治験医療機関に対する研究費の支払いにあたり、実績に基づく方法がとられていること。また、研究費の算定にあたっては業務に対し適正な支払いとなるよう透明化が図られていること。

● 治験の申請から症例登録までの手続きの効率化を図り、特段の事情がない限り以下の所要期間目標を達成するための対策がとられていること。

	各機関における実績値※2	各機関の SOP※に基づく最短時間（医療機関の持ち時間）※1
申請～IRB 開催	40 日以内	15～20 日
IRB 承認～契約	20 日以内	10 日以内
治験薬搬入～FPI※※	80 日以内	7 日以内
申請～FPI	160 日以内	

※SOP： Standard Operating Procedure 標準業務手順書

※※FPI： First Patient In 各機関における最初の症例登録日

設定根拠

※1 平成 19 年度 第 2 回治験中核病院・拠点医療機関等協議会
資料 2 平成 20 年度に達成して欲しい目標

※2 事務手続き期間（申請～契約）

– 各機関の SOP に基づく最短時間と同等の期間を治験依頼者の持ち時間として想定した日数

上記以外

– 第 3 回新たな治験活性化5カ年計画の中間見直しに関する検討会資料 1「治験の効率化等に関するワーキンググループ検討結果」中の「治験のスピード」のグラフの 75％タイル値。
なお、中核病院・拠点医療機関の多数を占める国公立大学病院、私立大学病院、国立病院（ナショナルセンター含む）の数値を用いた。

中核病院における体制整備のマイルストーン

	整備を求める体制・基盤
平成21年度中	＜人材＞ ○ 治験に限らず臨床研究も支援する CRC や、経験を積み教育的役割を担う CRC 等を雇用している。 ＜機能＞ ○ 医師主導治験の企画運営、調整等の事務局機能を有している。 ○ 治験・臨床研究実施支援体制を活用し、拠点医療機関等と共同して治験・臨床研究を計画し、実施している。 ○ 中核病院及び連携する拠点医療機関のスタッフを対象として、多忙な医療職が履修しやすい利便性の高い効果的な研修プログラム、各種専門研修コースを作成・提供している(既存の e-learning システムや研修プログラム等と積極的活用も期待される)。 ＜患者対応＞ ○ 患者と医療従事者とのコミュニケーションを助け、治験・臨床研究に関する情報提供が可能な「患者向け相談窓口機能」を有している。 ○ 連携する医療機関において、重篤な有害事象が発生した被験者の診療を受け入れる機能を有している。 ○ 治験・臨床研究に参加した被験者に対して、希望時には当該治験・臨床研究の結果が提供されることを説明文書等により周知している。 ＜事務・IRB 等＞ ○ 専門部門を持ち、「4．(2)医療機関の治験契約に係る窓口機能の一層の強化と効率化への課題」に掲げる、窓口の一元化、治験関係書式の統一化等が図られている。 ○ IRB 等の審査の質的向上と透明化を図るため、IRB 等の委員への教育を定期的(1 回/年程度)に行い、IRB 等の設置や審査委員・議事概要(個人情報、企業秘密等の秘密保持契約に抵触するものを除く。)を積極的かつ速やかに公開している。 ○ 患者や治験依頼者向けに院内の治験実施体制や契約手続に必要な書類、治験・臨床研究の実績、領域・疾患別患者数等の情報(個人情報、企業秘密等の秘密保持契約に抵触するものを除く。)を積極的に更新しかつ公開している。 ○ 治験依頼者と医療機関の適正な役割分担の観点から、医療機関における業務範囲を明確にし、治験依頼者に対して公開している。 ○ EDC や英語の症例報告書にも対応できる。 ○ 契約治験数、個々の治験の契約症例数を増加させる具体的な取組みを行うと共に、終了時の実施率は特段の事情がない限り80％以上に達している。 ○ 治験の申請から症例登録までの手続きの効率化を図り、特段の事情のない限り所要期間目標を達

	成するための対策がとられている。
平成22年度まで	＜人材＞ ○　治験・臨床研究を実施する医師等に対しては、「２．治験・臨床研究を実施する人材の育成と確保」の(2)③の「医師等への治験、臨床研究への動機付けと実施確保」に掲げる対応が行われている。 ○　臨床研究を計画・実施するCRC、生物統計家やデータマネージャー等が配置されている。 ＜機能＞ ○　臨床研究に関する事務局業務を担う専門部門を有している。 ○　革新的な医薬品・医療機器の開発につながる臨床研究、医師主導治験に積極的に取り組んでいる。 ○　拠点医療機関からの相談を受けることができる。治験・臨床研究に関する情報発信ができる。 ＜患者対応＞ 整備済みの体制・基盤の維持、向上 ＜事務・IRB等＞ ○　治験実施計画書の内容を検討し、実施可能性（実施可能症例数）について迅速に確度の高い回答を可能とする仕組みを有する。 ○　治験依頼者から治験医療機関に対する研究費の支払いにあたり、実績に基づく方法がとられている。また、研究費の算定にあたっては業務に対してより適正な支払いとなるよう透明化が図られている。
平成23年度まで	＜人材＞ ○　治験・臨床研究に関する集中的な養成研修を行い、その教育を受けた医師等が重点的に配置されている。 ○　治験・臨床研究を適切に実施する上で必要な人材を、医療機関内で安定的に雇用している。 ＜機能＞ ○　いわゆる共同審査委員会等の機能の提供体制を有し、その活用により効率化が図られている。 ＜患者対応＞ ○　患者紹介システムや被験者データベース等を活用することにより、希望者が治験・臨床研究に参加しやすい環境が整備されている。 ＜事務・IRB等＞ ○　企業から依頼される治験について、受託から治験の実施まで、拠点医療機関等と連携して迅速・円滑に行うため、IRB等の事務機能を有している。 ○　データマネージメントの機能を有し活用されている。（必ずしも各中核病院がデータセンターを持つ必要はない。）

	○　治験・臨床研究の審査を適切かつ効率的に実施するため、中核病院、拠点医療機関や、関連医療機関からも利用できるいわゆる共同審査委員会等が設置されている。

拠点医療機関における体制整備のマイルストーン

	整備を求める体制・基盤
平成21年度中	＜人材＞ ○　常勤又は専任の CRC が配置されている。 ＜機能＞ ○　拠点医療機関間及び地域で、連携医療機関のスタッフの教育・研修を、共通のプログラムを採用し実施している。 ○　中核病院・拠点医療機関ネットワークを活用し、恒常的に治験・臨床研究における問題解決や情報交換している。 ＜患者対応＞ ○　患者と医療従事者とのコミュニケーションを助け、治験・臨床研究に関する情報提供が可能な「患者向け相談窓口機能」を有している。 ○　連携する医療機関において、重篤な有害事象が発生した被験者の診療を受け入れる機能を有している。 ○　治験・臨床研究に参加した被験者に対して、希望時には当該治験・臨床研究の結果が提供されることを説明文書等により周知している。 ＜事務・IRB 等＞ ○　専門部門を持ち、「4．(2)医療機関の治験契約に係る窓口機能の一層の強化と効率化への課題」に掲げる、窓口の一元化、治験関係書式の統一化等が図られている。 ○　IRB 等の審査の質的向上と透明化を図るため、IRB 等の委員への定期的（1 回/年程度）な教育が行われ、IRB 等の設置や審査委員・議事概要（個人情報、企業秘密等の秘密保持契約に抵触するものを除く。）を積極的かつ速やかに公開している。 ○　患者や治験依頼者向けに院内の治験実施体制や契約手続に必要な書類、治験・臨床研究の実績、領域・疾患別患者数等の最新の情報（個人情報、企業秘密等の秘密保持契約に抵触するものを除く。）を積極的に公開している。 ○　治験依頼者と医療機関の適正な役割分担の観点から、医療機関における業務範囲を明確にし、公開できる。 ○　EDC や英語の症例報告書にも対応できる。 ○　契約治験数、個々の治験の契約症例数を増加させる具体的な取組みを行うと共に、終了時の実施率は特段の事情がない限り 80％以上に達している。

	○　治験の申請から症例登録までの手続きの効率化を図り、特段の事情のない限り所要期間目標を達成するための対策がとられている。
平成22年度まで	＜人材＞ ○　治験・臨床研究を実施する医師等に対しては、「2．治験・臨床研究を実施する人材の育成と確保」の(2)③の「医師等への治験、臨床研究への動機付けと実施確保」に掲げる対応が行われている。 ○　臨床研究を支援する CRC、データマネージャー等が配置されている。 ＜機能＞ ○　臨床研究に関する事務局業務を担う専門部門を有している。 ○　革新的な医薬品・医療機器の開発につながる臨床研究、医師主導治験に積極的に参加している。 ＜患者対応＞ 整備済みの体制・基盤の維持、向上 ＜事務・IRB 等＞ ○　治験実施計画書の内容を検討し、実施可能性（実施可能症例数）について迅速に確度の高い回答を可能とする仕組みを有する。 ○　治験依頼者から治験医療機関に対する研究費の支払いにあたり、実績に基づく方法がとられていること。また、研究費の算定にあたっては業務に対してより適正な支払いとなるよう透明化が図られている。
平成23年度まで	＜人材＞ ○　治験・臨床研究に関する集中的な養成研修を行い、その教育を受けた医師等が重点的に配置されている。 ○　治験・臨床研究を適切に実施する上で必要な人材が、医療機関内で安定的に雇用されている。 ＜機能＞ ○　中核病院・他の拠点医療機関との共同治験、共同研究が実施できる。 ○　いわゆる共同審査委員会等の機能の提供体制を有し、その活用により効率化が図られている。 ＜患者対応＞ ○　拠点医療機関間のネットワークを核とし、患者紹介システムや被験者データベース等を活用することにより、希望者が治験・臨床研究に参加しやすい環境が整備されている。 ＜事務・IRB 等＞ ○　企業から依頼される治験について、受託から治験の実施まで、拠点医療機関等と連携して迅速・円滑に行うため、IRB 等の事務機能を有している。 ○　治験・臨床研究の審査を適切かつ効率的に実施するため、拠点医療機関、関連医療機関からも利用できるいわゆる共同審査委員会等が設置されている。

関　係　資　料

1．救急医療体制の現状

救急医療等の体系図

救命救急医療(24時間)

救命救急センター(219カ所)
平成21年7月1日現在

ドクターヘリ(20カ所)
平成21年10月末現在

・総合周産期母子医療センター(77カ所)
・地域周産期母子医療センター(242カ所)
平成21年4月1日現在

未熟児等

入院を要する救急医療(休日・夜間)

管制塔機能を担う病院

・病院群輪番制病院(401地区)
・共同利用型病院(9カ所)
平成21年3月31日現在

入院を要する小児救急医療(休日・夜間)

・小児救急医療支援事業(143地区)
・小児救急医療拠点病院(30カ所(62地区))
平成20年9月1日現在

初期救急医療(休日・夜間)

・在宅当番医制(643地区)
・休日夜間急患センター(521カ所)
平成21年3月31日現在

小児初期救急センター
(平成18年度補正予算により整備)

小児救急に関する電話相談(休日・夜間)

小児救急電話相談事業(46カ所)
平成21年7月15日現在

大人の救急患者

子どもの救急患者

救急医療の充実

・地域の搬送・受入ルールの策定
・管制塔機能の整備
・救急患者受入コーディネーターの普及
・ドクターヘリの全国的な配備　等
・適切な振分け
・円滑な搬送・受入
救急患者の発生
搬送・受入
・救急利用の適正化
・住民への普及啓発
・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充　等
三次救急医療（救命救急医療）
救命救急センター（219カ所）平成21年7月1日現在
※ ドクターヘリ（20カ所） 平成21年10月末現在
二次救急医療（入院を要する救急医療）
・ 病院群輪番制病院（401地区、3,201カ所）
・ 共同利用型病院（9カ所） 平成21年3月31日現在
初　期　救　急　医　療
・ 在宅当番医制（643地区）
・ 休日夜間急患センター（521カ所） 平成21年3月31日現在
・地域の医療機関が連携しつつ、救急医療提供体制を整備・充実
・救急医療を担う医師の労働環境の改善
・転院等が可能な地域の体制確保
・転院等や施設間連携を図るための専任者の配置
・情報開示と国民の理解　等
・「出口の問題」解消
転院・転床
退院
後方病院
在宅
社会復帰
・診療実績に応じた、救命救急センターや二次救急医療機関への支援の充実
・診療所医師の救急医療への参画の推進
・救急医療を担う医師に対する手当への支援
・院内トリアージを行う看護師等の配置、医師事務作業補助者の配置　等

救急医療体制の整備状況の推移

（各年3月31日時点）

		17年	18年	19年	20年	21年
三次救急（救命救急）	救命救急ｾﾝﾀｰ（施設数）	178	189	201	208	214
二次救急（入院を要する救急）	入院を要する救急医療施設（施設数）	3, 238	3, 214	3, 153	3, 175	3, 201
	（地区数）	（411）	（411）	（408）	（405）	（401）
一次救急（初期救急）	休日夜間急患ｾﾝﾀｰ（施設数）	512	508	511	516	521
	在宅当番医制（実施地区数）	677	666	654	641	643

（厚生労働省医政局指導課調べ）

救急医療体制の整備等

（厚生労働省）

（平成21年度予算額）　（平成22年度予算案）
[19,263,525千円 → 15,234,248千円]

救急医療対策は、昭和５２年度から、初期、二次、三次救急医療施設及び救急医療情報センターの計画的かつ体系的整備を推進してきたところである。しかしながら、特に二次救急医療機関の疲弊により救急医療機関が減少しており、救急患者の受入と出口に関する様々な課題が生じている。このため、平成２２年度においては、救急医療機関の連携強化に対する支援、消防法一部改正に伴う受入困難事案患者を確実に受け入れることとなる医療機関に対する支援、重篤な小児医療を担う医療機関に対する支援などを実施し、救急医療体制の充実を図る。

事業	平成21年度予算額		平成22年度予算案
（１）体系的な救急医療体制の拡充整備	[17,162,084千円	→	12,198,577千円]
①　小児救急電話相談事業	〈 520,055千円	→	237,145千円〉
②　初期救急医療体制 …………	〈 52,933千円	→	32,349千円〉
ア．小児初期救急センター運営事業	（ 26,633千円	→	13,317千円）
イ．小児救急地域医師研修事業（ 47か所 → 47か所）	（ 26,300千円	→	19,032千円）
③　第二次救急医療体制 …………	〈7,587,116千円	→	2,663,301千円〉
ア．管制塔機能を担う医療機関に対する支援事業（新規）	（5,114,234千円	→	259,354千円）
イ．共同利用型病院（ 11地区）	（ 122,734千円	→	84,618千円）
ウ．小児救急医療支援事業（ 267地区 → 267地区）	（1,290,694千円	→	859,324千円）
エ．小児救急医療拠点病院（ 43か所 → 43か所）	（ 865,838千円	→	654,132千円）
オ．ヘリコプター等添乗医師等確保経費	（ 2,113千円	→	2,113千円）
カ．救急医療専門領域医師研修事業	（ 82,908千円	→	14,991千円）
キ．救急医療支援センター運営事業	（ 108,595千円	→	108,595千円）
ク．消防法一部改正に伴う受入困難事案患者受入医療機関支援事業	（ －千円	→	450,683千円）
ケ．診療所医師の診療協力支援事業	（ －千円	→	229,491千円）
④　第三次救急医療体制 …………	〈5,459,009千円	→	5,879,235千円〉
ア．救命救急センター（ 93か所 → 93か所）	（4,858,662千円	→	4,911,710千円）
イ．地域救命救急センター（ 7か所 → 7か所）	（ 228,025千円	→	297,048千円）
ウ．心臓病等の専門医確保経費（ 93か所 → 93か所）	（ 192,122千円	→	194,111千円）
エ．小児救急専門病床確保事業（ 8か所 → 8か所）	（ 149,248千円	→	149,248千円）
オ．重症外傷機能確保事業（ 7か所 → 7か所）	（ 30,952千円	→	30,952千円）
カ．小児救命救急センター（仮称）運営事業（新規）	〈 0千円	→	296,166千円〉
⑤　救急勤務医支援事業	〈2,044,967千円	→	2,063,164千円〉
⑥　救急医療トレーニングセンター運営事業	〈 89,798千円	→	77,800千円〉
⑦　救急患者退院コーディネーター確保事業（新規）	〈 0千円	→	60,775千円〉
⑧　救急医療情報センター等（ 46か所 → 46か所）	〈1,408,206千円	→	1,184,808千円〉

（２）ドクターヘリ導入促進事業（ 24か所 → 28か所）　[2,065,579千円 → 2,753,553千円]
早期治療の開始と迅速な搬送による救命率等の向上を図るため、救命救急センターにドクターヘリ（医師が同乗する救急専用ヘリコプター）を委託により配備する。

（３）災害医療調査ヘリコプター運営事業　[9,664千円 → 9,664千円]
災害発生時の被災地の医療調査を行うためのヘリコプターのチャーターに要する経費を措置する。

（４）災害拠点病院活動費　[10,152千円 → 10,152千円]
災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）が国主催の総合防災訓練に参加するために要する経費を補助する。

（５）広域災害・救急医療情報システム　[16,046千円 → 36,052千円]
災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行う。

（６）救急患者受入実態調査事業（新規）　[0千円 → 17,484千円]
都道府県で策定した傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を検証するための経費

（７）救急・周産期ネットワーク構築実証事業（仮称）（新規）　[0千円 → 100,000千円]

（８）ＤＭＡＴ事務局経費（新規）　[0千円 → 14,150千円]
ＤＭＡＴ事務局を国立病院機構災害医療センターに置き、その運営に必要な経費を補助する。

（９）ＤＭＡＴ訓練補助事業（新規）　[0千円 → 4,662千円]
地方ブロック毎にＤＭＡＴ訓練の主催県を決め、主催県が実施する災害訓練に対して補助する。

(10) ＡＰＥＣ関連経費（新規）　[0千円 → 77,342千円]
ＡＰＥＣ首脳会談における救急医療体制の確保を図るために必要な経費

(11) 小児集中治療室医療従事者研修（新規）　[0千円 → 12,612千円]
小児の集中治療に習熟した小児専門医を養成するための研修に必要な経費を補助する。

（注）計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

重症以上傷病者搬送の状況（平成２０年）

	都道府県	総搬送人員(a)	うち転院搬送(b)	b／a	重症以上搬送人員(c)	うち転院搬送(d)	d／c	c／a	集計不能本部
1	北海道	186,262	25,792	13.8%	25,513	7,192	28.2%	13.7%	
2	青森県	37,812	5,814	15.4%	9,401	2,830	30.1%	24.9%	
3	岩手県	39,595	5,192	13.1%	8,423	2,098	24.9%	21.3%	
4	宮城県	75,660	11,879	15.7%	12,383	3,414	27.6%	16.4%	
5	秋田県	33,234	2,815	8.5%	8,160	1,312	16.1%	24.6%	
6	山形県	36,438	4,331	11.9%	6,983	1,434	20.5%	19.2%	
7	福島県	64,966	6,202	9.5%	9,919	1,796	18.1%	15.3%	
8	茨城県	97,153	8,531	8.8%	11,872	2,493	21.0%	12.2%	
9	栃木県	60,972	7,358	12.1%	8,258	1,897	23.0%	13.5%	
10	群馬県	68,668	7,059	10.3%	9,717	2,287	23.5%	14.2%	
11	埼玉県	235,504	18,748	8.0%	25,648	5,002	19.5%	10.9%	
12	千葉県	227,711	21,221	9.3%	21,072	4,078	19.4%	9.3%	
13	東京都	590,393	35,157	6.0%	50,692	8,201	16.2%	8.6%	
14	神奈川県	321,888	21,113	6.6%	30,668	5,018	16.4%	9.5%	
15	新潟県	77,013	8,827	11.5%	11,873	2,448	20.6%	15.4%	
16	富山県	32,429	3,394	10.5%	4,090	764	18.7%	12.6%	
17	石川県	33,450	3,069	9.2%	6,060	1,157	19.1%	18.1%	
18	福井県	22,926	2,557	11.2%	4,110	1,007	24.5%	17.9%	
19	山梨県	30,762	2,633	8.6%	3,751	695	18.5%	12.2%	
20	長野県	74,246	8,343	11.2%	10,497	2,174	20.7%	14.1%	
21	岐阜県	68,425	5,791	8.5%	10,687	2,185	20.4%	15.6%	
22	静岡県	130,071	14,903	11.5%	12,037	2,199	18.3%	9.3%	
23	愛知県	248,751	19,930	8.0%	23,499	4,011	17.1%	9.4%	1
24	三重県	69,508	6,016	8.7%	9,377	1,746	18.6%	13.5%	
25	滋賀県	48,593	3,064	6.3%	3,873	573	14.8%	8.0%	
26	京都府	104,430	5,413	5.2%	8,350	1,080	12.9%	8.0%	
27	大阪府	415,068	25,666	6.2%	12,109	1,047	8.6%	2.9%	
28	兵庫県	194,278	17,787	9.2%	19,076	4,327	22.7%	9.8%	
29	奈良県	51,842	5,539	10.7%	5,553	1,320	23.8%	10.7%	
30	和歌山県	42,267	3,779	8.9%	4,925	954	19.4%	11.7%	
31	鳥取県	19,984	2,263	11.3%	2,916	692	23.7%	14.6%	
32	島根県	24,337	2,711	11.1%	3,732	746	20.0%	15.3%	
33	岡山県	69,363	8,283	11.9%	12,156	2,949	24.3%	17.5%	
34	広島県	102,420	13,787	13.5%	13,764	3,866	28.1%	13.4%	
35	山口県	56,333	7,396	13.1%	7,165	2,056	28.7%	12.7%	
36	徳島県	26,632	3,529	13.3%	4,264	1,074	25.2%	16.0%	
37	香川県	39,382	5,276	13.4%	5,084	1,368	26.9%	12.9%	
38	愛媛県	53,701	6,501	12.1%	10,196	2,804	27.5%	19.0%	
39	高知県	32,290	4,169	12.9%	5,883	1,547	26.3%	18.2%	
40	福岡県	187,080	21,285	11.4%	18,838	4,910	26.1%	10.1%	
41	佐賀県	28,864	5,456	18.9%	5,727	1,942	33.9%	19.8%	
42	長崎県	48,754	8,499	17.4%	9,251	3,292	35.6%	19.0%	
43	熊本県	64,764	8,193	12.7%	8,017	2,024	25.2%	12.4%	
44	大分県	42,267	8,142	19.3%	8,705	3,128	35.9%	20.6%	
45	宮崎県	33,944	5,981	17.6%	7,449	2,369	31.8%	21.9%	
46	鹿児島県	62,113	11,063	17.8%	10,849	4,380	40.4%	17.5%	
47	沖縄県	54,184	5,174	9.5%	7,560	1,410	18.7%	14.0%	
	合計	4,666,727	445,631	9.5%	530,132	117,296	22.1%	11.4%	1

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（重症・その１）

	都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	北海道	16,328	1,044	215	66	27	7	6	2			1		1		
2	青森県	6,122	357	65	16	6										
3	岩手県	5,849	326	102	28	12	7	1								
4	宮城県	6,958	1,053	435	223	102	69	49	25	19	6	4	5	4	2	3
5	秋田県	6,690	131	20	5			1								
6	山形県	5,259	229	48	8	4										
7	福島県	6,879	702	281	118	51	28	23	12	4	10	1	2	4	3	2
8	茨城県	7,240	1,147	509	229	124	55	34	19	9	5	5	2		1	
9	栃木県	4,996	746	299	145	75	49	18	13	10	4	2	2	2		
10	群馬県	5,963	869	336	131	49	29	28	10	5	3	3	3	1		
11	埼玉県	15,035	2,522	1,293	682	388	230	169	85	64	46	29	26	19	19	10
12	千葉県	12,739	1,942	861	446	221	156	68	46	20	22	15	13	3	2	3
13	東京都	30,513	5,553	2,450	1,359	806	461	360	222	185	139	102	86	55	42	38
14	神奈川県	21,633	2,450	976	483	417	63	40	29	15	12	8	3	3	3	1
15	新潟県	8,413	633	201	84	53	16	5	7	6	2	2		1		1
16	富山県	3,032	241	46	7											
17	石川県	4,482	287	87	33	9	2	1	1	1						
18	福井県	2,994	96	13												
19	山梨県	2,578	286	101	46	21	12	5	6	1						
20	長野県	7,671	519	89	29	12		3								
21	岐阜県	7,681	392	94	28	11	3		1							
22	静岡県	8,018	536	164	50	17	5	3	4	2						
23	愛知県	18,122	901	221	50	26	10	6	6		1	1		1		
24	三重県	6,603	640	162	67	40	32	18	19	23	4	9	5	3	3	1
25	滋賀県	2,667	228	55	12	6	1									
26	京都府	5,990	798	271	111	45	23	8	5	3	1					
27	大阪府	7,569	1,675	734	368	215	104	71	37	33	19	7	12	5	5	6
28	兵庫県	11,624	1,745	719	393	217	125	83	46	26	15	8	6	2	3	6
29	奈良県	2,805	611	287	179	105	81	39	31	19	26	11	8	5	7	1
30	和歌山県	3,467	322	111	35	16	8	5	1		2			1		
31	鳥取県	2,031	137	40	12	4										
32	島根県	2,881	85	12	8											
33	岡山県	7,691	817	268	87	45	17	9	6	3		1				
34	広島県	8,345	912	300	124	57	18	12	2	6	1			1	1	
35	山口県	4,576	394	81	32	15	2	4	2			1				
36	徳島県	2,686	401	137	70	24	10	4	2		1					
37	香川県	3,280	314	71	31	13	1	5			1					
38	愛媛県	6,783	446	99	38	13	9	1		1						
39	高知県	3,835	363	97	27	7	3	1	1							
40	福岡県	12,361	974	214	57	25	7	3	1	1		1				
41	佐賀県	3,186	386	118	53	16	13	6		1	2	1				
42	長崎県	5,394	393	110	42	11	5	2		1	1					
43	熊本県	5,500	361	89	34	6	2		1							
44	大分県	5,020	390	89	25	22	8	2	2	1						
45	宮崎県	3,558	459	127	68	26	18	4	2	1						
46	鹿児島県	5,708	509	135	74	21	15		5			1	1			
47	沖縄県	6,023	114	12	1											
合計		344,778	36,436	13,244	6,214	3,380	1,704	1,097	651	460	323	213	174	111	91	72

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（重症・その２）

	都道府県	16	17	18	19	20	21～	計	4回以上	構成比	6回以上	11回以上	最大照会回数	集計不能本部
1	北海道							17,697	110	0.6%	17	2	13	4
2	青森県							6,566	22	0.3%			5	
3	岩手県							6,325	48	0.8%	8		7	
4	宮城県	2	4		1	1	4	8,969	523	5.8%	198	30	25	
5	秋田県							6,847	6	0.1%	1		7	
6	山形県							5,548	12	0.2%			5	
7	福島県	1	1	1				8,123	261	3.2%	92	15	18	
8	茨城県							9,379	483	5.1%	130	8	14	
9	栃木県							6,361	320	5.0%	100	6	13	
10	群馬県							7,430	262	3.5%	82	7	13	
11	埼玉県	4	6	4	2	5	8	20,646	1796	8.7%	726	132	31	
12	千葉県	2	3	1		1	2	16,566	1024	6.2%	357	45	26	1
13	東京都	33	24	15	10	6	56	42,515	3999	9.4%	1834	467	49	
14	神奈川県	1	1				3	26,141	1082	4.1%	182	23	42	1
15	新潟県			1				9,425	178	1.9%	41	5	18	
16	富山県							3,326	7	0.2%			4	
17	石川県							4,903	47	1.0%	5		9	
18	福井県							3,103					3	
19	山梨県							3,056	91	3.0%	24		9	
20	長野県							8,323	44	0.5%	3		7	
21	岐阜県							8,210	43	0.5%	4		8	1
22	静岡県							8,799	81	0.9%	14		9	3
23	愛知県	1						19,346	102	0.5%	26	3	16	1
24	三重県				1	1		7,631	226	3.0%	119	23	20	
25	滋賀県							2,969	19	0.6%	1		6	1
26	京都府							7,255	196	2.7%	40		10	
27	大阪府	5	2			1	1	10,869	891	8.2%	308	44	33	1
28	兵庫県	4	1	1				15,024	936	6.2%	326	31	18	1
29	奈良県	6	5	1	3		3	4,233	530	12.5%	246	50	23	
30	和歌山県							3,968	68	1.7%	17	1	13	
31	鳥取県							2,224	16	0.7%			5	
32	島根県							2,986	8	0.3%			4	
33	岡山県							8,944	168	1.9%	36	1	11	1
34	広島県		1					9,780	223	2.3%	42	3	17	1
35	山口県							5,107	56	1.1%	9	1	11	
36	徳島県							3,335	111	3.3%	17		10	
37	香川県							3,716	51	1.4%	7		10	
38	愛媛県							7,390	62	0.8%	11		9	
39	高知県							4,334	39	0.9%	5		8	
40	福岡県					1		13,645	96	0.7%	14	2	20	2
41	佐賀県			1				3,783	93	2.5%	24	2	18	
42	長崎県							5,959	62	1.0%	9		10	
43	熊本県							5,993	43	0.7%	3		8	
44	大分県							5,559	60	1.1%	13		9	
45	宮崎県							4,263	119	2.8%	25		9	2
46	鹿児島県							6,469	117	1.8%	22	2	12	
47	沖縄県							6,150	1	0.0%			4	
	合計	59	48	25	17	16	77	409,190	14,732	3.6%	5,138	903		20

現場滞在時間区分ごとの件数（重症以上）

	都道府県	15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上90分未満	90分以上120分未満	120分以上150分未満	150分以上	合計	30分以上	構成比	45分以上	60分以上	集計不能本部
1	北海道	13,160	4,545	254	39	35	4	2	2	18,041	336	1.9%	82	43	1
2	青森県	5,117	1,384	54	8	2		1	1	6,567	66	1.0%	12	4	
3	岩手県	4,668	1,547	87	14	4	2	1	2	6,325	110	1.7%	23	9	
4	宮城県	4,906	3,491	411	106	46	5	3	1	8,969	572	6.4%	161	55	
5	秋田県	6,218	601	20	2	4	1	1		6,847	28	0.4%	8	6	
6	山形県	4,596	898	46	5	2	1			5,548	54	1.0%	8	3	
7	福島県	6,060	1,846	171	31	14			1	8,123	217	2.7%	46	15	
8	茨城県	4,616	4,241	422	72	18	10			9,379	522	5.6%	100	28	
9	栃木県	3,814	2,260	226	46	13			2	6,361	287	4.5%	61	15	
10	群馬県	5,374	1,867	146	24	15	2	1	1	7,430	189	2.5%	43	19	
11	埼玉県	6,681	11,390	1,830	453	223	42	20	7	20,646	2,575	12.5%	745	292	
12	千葉県	7,035	8,481	1,176	243	99	17	10	4	17,065	1,549	9.1%	373	130	
13	東京都	12,981	25,555	2,781	758	340	58	14	11	42,498	3,962	9.3%	1,181	423	
14	神奈川県	12,011	12,232	1,359	264	118	38	7	11	26,040	1,797	6.9%	438	174	1
15	新潟県	6,225	2,919	213	39	24	4		1	9,425	281	3.0%	68	29	
16	富山県	2,828	474	15	7	1			1	3,326	24	0.7%	9	2	
17	石川県	4,336	541	19	4	1	2			4,903	26	0.5%	7	3	
18	福井県	2,285	333	14	6	2				2,640	22	0.8%	8	2	2
19	山梨県	1,975	1,008	56	8	6	2	1		3,056	73	2.4%	17	9	
20	長野県	5,777	2,417	94	17	8	4	3	3	8,323	129	1.5%	35	18	
21	岐阜県	6,428	1,967	74	19	9	4		1	8,502	107	1.3%	33	14	
22	静岡県	6,181	2,303	106	26	14	2	2	1	8,635	151	1.7%	45	19	4
23	愛知県	15,162	4,078	175	40	25	5	1	1	19,487	247	1.3%	72	32	
24	三重県	5,144	2,235	179	47	20	2		4	7,631	252	3.3%	73	26	
25	滋賀県	2,794	469	21	9	6			1	3,300	37	1.1%	16	7	
26	京都府	4,797	2,270	154	17	10	4		3	7,255	188	2.6%	34	17	
27	大阪府	5,940	4,601	414	64	30	8	3	1	11,061	520	4.7%	106	42	
28	兵庫県	7,119	5,572	571	83	26	7		1	13,379	688	5.1%	117	34	2
29	奈良県	1,949	1,795	256	62	23	1	2		4,088	344	8.4%	88	26	1
30	和歌山県	3,326	601	33	5	5			1	3,971	44	1.1%	11	6	
31	鳥取県	1,773	422	19	4	4	1	1		2,224	29	1.3%	10	6	
32	島根県	2,375	571	28	8	2	1		1	2,986	40	1.3%	12	4	
33	岡山県	7,041	1,786	87	21	3	5	1		8,944	117	1.3%	30	9	1
34	広島県	6,758	2,815	255	45	19	3	2	1	9,898	325	3.3%	70	25	
35	山口県	3,966	1,053	64	15	7	1	1		5,107	88	1.7%	24	9	
36	徳島県	4,408	622	39	7	8				5,084	54	1.1%	15	8	
37	香川県	3,123	560	22	7	3		1		3,716	33	0.9%	11	4	
38	愛媛県	6,284	1,030	51	18	4	1	1	1	7,390	76	1.0%	25	7	
39	高知県	3,437	654	36	8	3	2		1	4,141	50	1.2%	14	6	1
40	福岡県	11,596	1,870	78	26	21	4	3	3	13,601	135	1.0%	57	31	1
41	佐賀県	2,785	932	45	16	4	2	1		3,785	68	1.8%	23	7	
42	長崎県	4,310	1,527	90	19	8	2	1	2	5,959	122	2.0%	32	13	
43	熊本県	4,584	1,336	58	6	6	2		1	5,993	73	1.2%	15	9	
44	大分県	3,209	2,236	90	18	5	1	1		5,560	115	2.1%	25	7	
45	宮崎県	3,028	1,366	103	21	8	2			4,528	134	3.0%	31	10	1
46	鹿児島県	4,697	1,305	60	12	1		1	1	6,077	75	1.2%	15	3	3
47	沖縄県	4,626	1,475	38	8	2		1		6,150	49	0.8%	11	3	
	合計	257,503	135,481	12,540	2,777	1,251	252	87	73	409,964	16,980	4.1%	4,440	1,663	18

2. 周産期医療体制の現状

周産期医療体制

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる「総合周産期母子医療センター」やそれを支える「地域周産期母子医療センター」の整備、地域の医療施設と高次の医療施設の連携体制の確保など、周産期医療ネットワークの整備を推進している。

※　ＮＩＣＵ　：新生児集中治療管理室
ＭＦＩＣＵ：母体・胎児集中治療管理室

総合周産期母子医療センターの整備状況について

平成21年4月1日現在

都道府県	施設名
北海道	総合病院釧路赤十字病院
	市立札幌病院
	函館中央病院
青森県	青森県立中央病院
岩手県	岩手医科大学附属病院
宮城県	仙台赤十字病院
秋田県	秋田赤十字病院
福島県	福島県立医科大学医学部附属病院
茨城県	総合病院土浦協同病院
	筑波大学附属病院
栃木県	自治医科大学附属病院
	獨協医科大学病院
群馬県	群馬県立小児医療センター
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	亀田総合病院
	東京女子医科大学附属八千代医療センター
東京都	東京都都立墨東病院
	母子愛育会附属愛育病院
	東京女子医科大学病院
	東邦大学医療センター大森病院
	帝京大学医学部附属病院
	杏林大学医学部付属病院
	日本赤十字社医療センター
	日本大学医学部附属板橋病院
	昭和大学病院
神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	北里大学病院
	東海大学医学部付属病院
	横浜市立大学附属市民総合医療センター
新潟県	長岡赤十字病院
	新潟市民病院
富山県	富山県立中央病院
石川県	石川県立中央病院いしかわ総合母子医療センター
福井県	福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	長野県立こども病院
岐阜県	岐阜県総合医療センター

都道府県	施設名
静岡県	聖隷浜松病院
	順天堂大学医学部附属静岡病院
	静岡県立こども病院
愛知県	名古屋第一赤十字病院
	名古屋第二赤十字病院
三重県	国立病院機構三重中央医療センター
滋賀県	大津赤十字病院
京都府	京都第一赤十字病院
大阪府	大阪府立母子保健総合医療センター
	高槻病院
	愛染橋病院
	関西医科大学附属枚方病院
	大阪大学医学部附属病院
兵庫県	兵庫県立こども病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
島根県	島根県立中央病院
岡山県	倉敷中央病院
	国立病院機構岡山医療センター
広島県	県立広島病院
	広島市民病院
山口県	山口県立総合医療センター
徳島県	徳島大学病院
香川県	国立病院機構香川小児病院
	香川大学医学部附属病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
高知県	高知県・高知市企業団立高知医療センター
福岡県	福岡大学病院
	久留米大学病院
	聖マリア病院
	北九州市立医療センター
	九州大学病院
長崎県	国立病院機構長崎医療センター
熊本県	熊本市立熊本市民病院
大分県	大分県立病院
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
鹿児島県	鹿児島市立病院
沖縄県	沖縄県立中部病院
	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
合計	45都道府県　77か所

周産期医療体制整備指針新旧対照表

改正案	現行（順不同）
周産期医療<u>体制</u>整備指針	周産期医療システム整備指針
第１　総論的事項	第１　総論的事項
１　周産期医療<u>体制</u>整備の趣旨	１　周産期医療システム整備の趣旨
	我が国の周産期医療は、病院及び診療所をはじめとする施設の整備、医師等の医療従事者の養成・確保などにより着実な進展をみ、今や乳児死亡率については、世界の最高水準にあるなど、大きな成果を上げている。また、近年の医療を取り巻く環境には、医学・医術の進歩による医療の高度化、コンピューター等に関する科学技術の急速な進歩と普及等大きな変化がみられる。
	一方、我が国においては、産科分娩施設での人員配置や検査能力における施設間格差があり、また、平日と夜間及び休日との格差が大きいこと、未熟児出生の増加に伴い、新生児医療を担う専門施設の整備が急務となっていること、また、周産期医療の中でも、医師の管理下における母子の救急搬送や医療施設相互間の連携等情報の伝達が必ずしも十分でないこと、さらに医療施設の機能に応じた整備が不十分であることなど、周産期医療体制に多くの課題を抱えている。
	このような状況の中で、地域においては、周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備することが要請されている。
<u>厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図るとともに</u>	このため、都道府県において、医療関係者等の協力のもとに、

、都道府県において、医療関係者等の協力の下に、地域の実情に即し、限られた資源を有効に生かしながら、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域における周産期医療に関連する病院、診療所及び助産所（以下「地域周産期医療関連施設」という。）を整備するなど、将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供を図るものである。 なお、本指針の「周産期医療」とは、基本的にはハイリスク妊産婦の妊娠・分娩管理その他の産科医療及びハイリスク新生児の集中治療管理その他の新生児医療をいう。	地域の実情に即しつつ、限られた資源を有効に生かし、将来を見据えた周産期医療システムの整備を図り、これに基づいて地域における周産期医療の効果的な提供を図るものである。
２　周産期医療体制整備の位置付け及び性格 （１）周産期医療体制の整備は、母子保健法（昭和４０年法律第１４１号）第２０条の２に規定する医療施設の整備及び医療法（昭和２３年法律第２０５号）第３０条の４第２項第５号ニに規定する周産期医療の確保に必要な事業の一環として位置付けられるものである。 （２）周産期医療体制は、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、都道府県において、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めた上で、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。	２　周産期医療システムの位置付け及び性格 （１）周産期医療システムは、母子保健法（昭和４０年法律第１４１号）第２０条の２に規定する医療施設の整備の一環として位置付けられるものであり、都道府県において保健医療関係機関・団体の合意に基づき、周産期医療体制の基本的方向を定めた上で整備するものである。 （２）周産期医療システムは、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、周産期に係る保健、医療の総合的なサービスの提供を行うものとして整備される必要がある。

３　都道府県における周産期医療体制の整備 （１）周産期医療協議会 ア　周産期医療協議会の設置 都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、周産期医療協議会を設置するものとする。 周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる総合周産期母子医療センター等の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表等のことをいうものである。 イ　協議事項 （ア）周産期医療協議会は、次に掲げる事項について協議するものとする。 ①　周産期医療体制に係る調査分析に関する事項 ②　周産期医療体制整備計画に関する事項 ③　母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）に関する事項 ④　総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに関する事項 ⑤　周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを	３　周産期医療体制整備手順 （１）周産期医療協議会の設置 ア　都道府県は、周産期医療システムを整備するために周産期医療協議会を設置し、同協議会の意見を十分反映させる。 イ　周産期医療協議会は、周産期医療システムの整備及び推進上重要な関係を有する者を中心に構成されることが望ましく、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる周産期医療施設において周産期の診療を現に担当している医師、学識経験者、都道府県・市町村の代表等により構成することが適当である。 ウ　周産期医療協議会は、周産期医療体制の内容及びその整備に必要な調査事項、周産期医療情報システム並びに周産期医療関係者の研修等、周産期医療体制の確立に必要な事項について協議する。

含む。）に関する事項 ⑥　搬送コーディネーターに関する事項 ⑦　地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項 ⑧　その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項 （イ）（ア）の③に掲げる事項については、周産期医療協議会と都道府県救急医療対策協議会、メディカルコントロール協議会等とが連携し、地域の実情に応じた産科合併症以外の合併症を有する母体の搬送及び受入れの実施に関する基準等を協議するものとする。また、この内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。 ウ　都道府県医療審議会等との連携 周産期医療協議会については、医療法第７１条の２第１項に規定する都道府県医療審議会又は同法第３０条の１２第１項に規定する都道府県医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び都道府県医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。 （２）周産期医療体制に係る調査分析 都道府県は、アに掲げる事項について調査し、この調査結果に基づき、イに掲げる事項について研究を行うことが望ましい。また、この調査及び研究の結果について、都道府県は、住民に公表するとともに、周産期医療協議会に報告し、周産期医療体制の整備に係る検討に活用するものとする。	エ　周産期医療協議会については、医療法（昭和２３年法律第２０５号）第３０条の４第１１項に規定する都道府県医療審議会の専門部会として位置付けることを考慮するなど、都道府県医療対策協議会と密接な連携を図る。 ４　周産期医療システムの整備にかかる調査分析 周産期医療システムの効果的な整備を促進するためには、地域における周産期医療に関連する病院、診療所及び助産所（以下、「地域周産期医療関連施設」という。）、マンパワーの状況、地域周産期医療関連施設の連携状況等を調査するとともに、同調査に基づき、体系的なシステム構築の在り方を研究、検討すること

ア 調査事項 （ア）母子保健関連指標（必要に応じ妊娠週数別） ・出生数 ・分娩数（帝王切開件数を含む。） ・低出生体重児出生率 ・新生児死亡率 ・周産期死亡率 ・妊産婦死亡率 ・周産期関連疾患患者数と発生率 ・ハイリスク新生児の発育発達予後　等 （イ）医療資源・連携等に関する情報 ①　母体及び新生児の搬送及び受入れの状況 ・母体及び新生児の搬送状況（救急車出動件数、医療施設への照会回数、搬送に要した時間、小児科医同乗数、ドクターカー及びドクターヘリの活用状況等） ・母体及び新生児の受入状況（受入要請数、受入実施件数、受入不能件数及びその理由等） ・周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの活用状況	が重要である。 このため、都道府県においては、周産期医療システムを整備するに当たり、次の事項について必要な調査、研究を行うものとする。 （１）調査事項 エ　周産期救急医療の実施状況 母体搬送、新生児搬送など周産期救急患者取扱数、救急車出動件数、救急患者搬送状況、救急医療情報システム等

・搬送コーディネーターの活動状況及び勤務体制　等 ②　総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の各地域周産期医療関連施設の状況 ・所在地、診療科目、病床数・稼働率等 ・設備（母体・胎児集中治療管理室（以下「ＭＦＩＣＵ」という。）の病床数・稼働率、新生児集中治療管理室（以下「ＮＩＣＵ」という。）の病床数・稼働率、ＮＩＣＵに併設された回復期治療室（以下「ＧＣＵ」という。）の病床数・稼働率、ドクターカーの保有状況等） ・院内助産所及び助産師外来の活動状況等 ・診療内容（分娩数、対応可能な分娩（母体・胎児の条件等）、診療実績（周産期関連疾患患者の入院数、死亡率、合併症発生率等）等） ・診療体制（産科医及び産婦人科医、新生児医療を担当する医師、麻酔科医、助産師、看護師、臨床心理士等の臨床心理技術者、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーター等の数及び勤務体制等） ・医療連携の状況（他の医療施設からの搬送受入状況、リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況、オープンシステム・セミオープンシステムの状況、医療機器共同利用の状況、他の医療施設との診療情報や治療計画の共有状況、他の医療施設との合同症例検討	ア　地域周産期医療関連施設 　所在地、診療科目、診療設備（母体・胎児集中治療管理室、新生児集中治療管理室、ドクターカーの保有状況）、病床数、分娩数等の診療内容及び診療体制等 イ　周産期医療に係るマンパワーの状況 　医師、薬剤師、助産師、保健師、看護師、准看護師等の数及び勤務体制等 ウ　地域周産期医療関連施設の連携状況 　患者の紹介、病院の開放及び医療機器共同利用の状況、地域における関係団体の活動状況等

会の開催状況、在宅療養・療育を支援する機能を持った施設等との連携状況等）	
・ＮＩＣＵ、ＧＣＵ等の長期入院児の状況	
・ハイリスク新生児の長期発育発達予後　等	
（ウ）その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項	オ　その他、周産期医療システムの整備に関し必要な調査事項
イ　研究事項	（２）研究及び検討事項
（ア）母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）に関する現在の問題点並びに改善策	ア　現在の周産期救急搬送体制（周産期におけるドクターカーの有効な利用体制を含む。）の問題点と地域の特殊性を考慮した搬送体制の確立
（イ）周産期救急情報システムの効果的な活用方法及び周産期救急情報システムと救急医療情報システムとの連携方法	イ　周産期医療情報ネットワークの確立及び効果的活用方法、救急医療情報センターとの連携方法
（ウ）産科合併症以外の合併症を有する母体への救急医療等における周産期医療に関する診療科間の連携体制	ウ　地域周産期母子医療センター、地域周産期医療関連施設の医療従事者に対する効果的な研修体制、対象及び内容等
（エ）周産期医療に関する医療圏間の連携体制（県域を越えた広域の連携体制を含む。）	
（オ）地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する効果的な研修	
（カ）その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項	エ　その他周産期医療の整備に関し必要な事項
（３）周産期医療体制整備計画	
ア　周産期医療体制整備計画の策定	
都道府県は、周産期医療協議会の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を策定するものとする。	（４）他計画等との関係

周産期医療体制整備計画は医療法第３０条の４第１項に規定する医療計画の一部として定めることができるものとする。この場合においては、医療計画に、周産期医療体制に関する基本的な内容を記載した上で、個別具体的な内容は周産期医療体制整備計画に定める旨を記載することとし、当該医療計画を受けた周産期医療体制に関する個別具体的な内容を周産期医療体制整備計画に定めるものとする。	周産期医療システムの整備については、医療法第３０条の４に基づく医療計画の一部として位置付けることが望ましい。また、医療確保に関する事項を定めた他の計画との調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生その他周産期医療と密接に関連を有する施策との連携を図る必要がある。 なお、周産期医療システムの基本的事項を医療計画の一部として位置付けようとする際には、これを受けた個別具体的な内容を別途定めることができる。
	（３）周産期医療システム作成後の手続き
都道府県は、周産期医療体制整備計画を策定したときは、遅滞なく厚生労働省に提出するものとする。	周産期医療システムの内容を定めたときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するものとする。
イ　周産期医療体制整備計画の内容	１　周産期医療システムの一般的内容
周産期医療体制整備計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。また、周産期医療体制整備計画には、現在の医療資源を踏まえた内容とともに、中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う十分な医療を提供することを目標とした医療施設や医療従事者に関する整備・確保方針を盛り込むものとする。	周産期医療システムの整備内容として、以下の事項を定める。
（ア）総合周産期母子医療センターの設置数及び設置施設並びに各センターの診療機能、病床数（そのうちＭＦＩＣＵ、ＮＩＣＵ及びＧＣＵの各病床数）及び確保すべき医療従事者	（１）　総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターの設置数、設置施設、診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者

（イ）地域周産期母子医療センターの設置数及び設置施設並びに各センターの診療機能、病床数（そのうちＭＦＩＣＵ、ＮＩＣＵ及びＧＣＵの各病床数）及び確保すべき医療従事者	
（ウ）地域周産期医療関連施設（総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを除く。）の施設数並びに各施設の診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者	
（エ）母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）を円滑に行うための総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター等の連携体制	
（オ）周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）の機能及び体制	（２）周産期医療情報センターの機能、情報収集・提供及び相談体制
（カ）搬送コーディネーターの機能及び体制	
（キ）地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修の対象及び内容	（３）周産期医療にかかる研修体制、対象及び内容
（ク）その他周産期医療体制の整備に関し必要な事項	
ウ　留意事項	
（ア）ＮＩＣＵの整備 低出生体重児の増加等によって、ＮＩＣＵの病床数が不足傾向にあることから、都道府県は、出生１万人対２５床から３０床を目標として、地域の実情に応じたＮＩＣＵの整備を進めるものとする。	

（イ）ＮＩＣＵを退院した児童が生活の場で療育・療養できる環境の整備 ＮＩＣＵに長期入院している児童に対し、一人一人の児童にふさわしい療育・療養環境を確保するため、都道府県は、地域の実情に応じ、ＧＣＵ、重症児に対応できる一般小児科病床、重症心身障害児施設等の整備を図るものとする。また、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院等の支援が効果的に実施される体制の整備を図るものとする。	
（４）総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター ア　指定及び認定 都道府県は、周産期医療体制整備計画を踏まえ、第２の１に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定するものとする。また、都道府県は、第２の２に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定するものとする。 イ　支援及び指導 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、本指針の定める機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して	（２）総合周産期母子医療センターの指定及び地域周産期母子医療センターの認定 都道府県は、本指針の各論的事項第２の１に定める施設、設備及び機能等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定し、地域周産期医療システムの整備を行う。また、本指針の各論的事項第２の２に定める施設、設備及び機能等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定し、都道府県における周産期医療システムの運営に協力を求める。

改正後	改正前
適切な支援及び指導を行うものとする。 ウ　指定及び認定の取消し 　イに定める都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができるものとする。 （５）周産期医療体制整備計画の推進 　都道府県は、次に掲げる事項に留意しながら、周産期医療体制整備計画を推進するものとする。 ア　適切な条件整備 　都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療施設の整備、医療従事者の養成、関係団体との連携・協力、財政的な支援等の条件整備に十分留意するものとする。 イ　医療施設間の機能分担及び連携 　都道府県は、オープンシステム・セミオープンシステム等を活用し、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等の間の緊密な連携を図ることにより、各施設の果たしている機能に応じて適切な医療が提供されるよう配慮するものとする。特に、総合周産期母子医療センターの負担軽減と必要な空床の確保を図るため、総合周産期母子医療センターの受け入れた母体及	5　周産期医療システムの推進に係る留意事項 （１）適切な推進体制の整備 　周産期医療システムの推進に当たっては、医療従事者の養成、関係団体との連携・協力、財政的な裏付け等の条件整備に十分留意し、システムの内容が地域の実情に即して妥当なものとなるように配慮する。 （２）医療施設相互間の機能分担及び連携 　地域周産期医療関連施設、地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センター相互間の緊密な連携を図ることにより、それぞれの施設の果たしている機能に応じ適切な医療が供給されるように配慮する。また、患者の重症度や回復状況等に応じ、適当な医療施設に患者が委ねられるように連携を図る。

び新生児の状態が改善した際に、当該母体及び新生児を地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等が受け入れる体制の確保を図るものとする。	
ウ　近隣の都道府県等との連携 　都道府県は、母体及び新生児の搬送及び受入れの状況を踏まえ、近隣の都道府県等との広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置を講ずるものとする。 　なお、この場合においては、切迫早産の治療が継続するときは母体の戻り搬送が必要となること、新生児は、家族が児に接する機会を増やすため、戻り搬送の必要性が高いことに配慮する必要がある。	
エ　関連施策との連携 　都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、医療従事者の確保、救急医療、母子保健、児童福祉その他周産期医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう配慮するものとする。	
オ　輸血の確保 　都道府県は、周産期医療体制整備計画の推進に当たっては、地域の関係機関との連携を図り、血小板等輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努めなければならない。	f　輸血の確保 　血小板等成分輸血を含めた輸血の供給ルートを常に確保し、緊急時の大量使用に備えるものとする。
（６）周産期医療体制整備計画の見直し	７　周産期医療システムの見直し

周産期医療体制整備計画については、おおむね５年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があると認める場合には、周産期医療体制整備計画を変更するものとする。	周産期医療システムについては、概ね５年後を目途として検討を加え、必要があると認める場合には、周産期医療体制の変更等所要の措置を講ずるものとする。
第２　各論的事項	第二　各論的事項
	２　周産期医療システムの具体的内容
１　総合周産期母子医療センター	（１）総合周産期母子医療センター
（１）機能	ア　機　能
ア　総合周産期母子医療センターは、相当規模のＭＦＩＣＵを含む産科病棟及びＮＩＣＵを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症（脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷等）を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものである。	（ア）　総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことのできる医療施設をいう。
イ　総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。	（イ）　同センターは、主として地域周産期医療関連施設からの搬送を受け入れるとともに、周産期医療システムの中核として地域周産期医療関連施設との連携を図る。 （ウ）　同センターは、原則として周産期医療情報センターとしての機能を有するとともに、地域周産期医療関連施設の医

（２）整備内容

ア　施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。

ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができるものとする。なお、三次医療圏に総合周産期母子医療センターを複数設置する場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受入れに留意するものとする。

イ　診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び新生児医療を専門とする小児科（ＭＦＩＣＵ及びＮＩＣＵを有するものに限る。）、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。

ウ　関係診療科との連携

総合周産期母子医療センターは、当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図るものとする。

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又

療従事者に対する研修を行う。

イ　整備内容

（ア）　施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。

ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、３次医療圏に複数設置することができるものとする。

（イ）　診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び小児科（母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室を有する。）、麻酔科その他の関係診療科目を有するものとする。

なお、総合周産期母子医療センターに小児外科を有しない場合には、小児外科を有する他の施設と緊密な連携を図るものとする。

は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画及び周産期医療体制整備計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画及び周産期医療体制整備計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。	
エ　設備等 総合周産期母子医療センターは、次に掲げる設備等を備えるものとする。	（ウ）　設備等 総合周産期母子医療センターは、以下の設備を備えるものとする。
（ア）ＭＦＩＣＵ ＭＦＩＣＵには、次に掲げる設備を備えるものとする。なお、ＭＦＩＣＵは、必要に応じ個室とするものとする。	ａ　母体・胎児集中治療管理室 （ｅ）　母体・胎児集中治療管理室は、必要に応じ個室とすること。
①　分娩監視装置	（ａ）　分娩監視装置
②　呼吸循環監視装置	（ｂ）　呼吸循環監視装置
③　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）	（ｃ）　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものとする。）
④　その他母体・胎児集中治療に必要な設備	（ｄ）　その他母体・胎児集中治療に必要な設備
（イ）ＮＩＣＵ ＮＩＣＵには、次に掲げる設備を備えるものとする。	ｂ　新生児集中治療管理室

①　新生児用呼吸循環監視装置	（ａ）　新生児用呼吸循環監視装置
②　新生児用人工換気装置	（ｂ）　新生児用人工換気装置
③　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）	
④　新生児搬送用保育器	（ｃ）　保育器
⑤　その他新生児集中治療に必要な設備	（ｄ）　その他新生児集中治療に必要な設備
（ウ）ＧＣＵ ＧＣＵには、ＮＩＣＵから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。	ｃ　後方病室 母体・胎児集中治療管理室の後方病室（母体・胎児集中治療管理室において管理していたもののうち、軽快して管理の程度を緩めうる状態となった者及び同室にて管理を必要とする状態に移行することが予想されるものの現時点では管理の程度が緩やかでよい者並びに比較的リスクが低いか又は消失した妊婦、褥婦を収容する室を指す。以下同じ。）、及び新生児集中治療管理室の後方病室（新生児集中治療管理室より退出した児、及び点滴、酸素投与等の処置を必要とする児を収容する室を指す。以下同じ。）に必要な設備。
（エ）新生児と家族の愛着形成を支援するための設備 新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、ＮＩＣＵ、ＧＣＵ等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊設備等を備えることが望ましい。	
（オ）ドクターカー 医師の監視の下に母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備するものとする。	ｄ　ドクターカー 医師の監視のもとに母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療器械を搭載した周産期医療に利用しうるドクターカーを必要に応じ整備するものとする。
（カ）検査機能	ｅ　検査機能

血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。 （３）病床数 ア　ＭＦＩＣＵ及びＮＩＣＵの病床数は、都道府県の人口や当該施設の過去の患者受入実績等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質を確保するために適切な病床数とすることを基本とし、ＭＦＩＣＵの病床数は６床以上、ＮＩＣＵの病床数は９床以上（１２床以上とすることが望ましい。）とする。 ただし、三次医療圏の人口がおおむね１００万人以下の地域に設置されている場合にあっては、当分の間、ＭＦＩＣＵの病床数は３床以上、ＮＩＣＵの病床数は６床以上で差し支えないものとする。 なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うものとする。 （ア）ＭＦＩＣＵの病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外のＭＦＩＣＵの病床数は６床を下回ることができない。 （イ）ＮＩＣＵの病床数は、新生児用人工換気装置を有する病	血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものとする。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。 ウ　病床数 （ア）　母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の病床数は、都道府県の人口等に応じ総合周産期母子医療センターとしての適切な病床数を確保することを基本とし、母体・胎児集中治療管理室の病床数は６床以上、新生児集中管理室の病床数は９床以上（12床以上とすることが望ましい）とする。ただし、３次医療圏の人口が概ね100万人以下の場合にあっては、母体・胎児集中治療管理室の病床数は３床以上、新生児集中治療管理室の病床数は６床以上とする。 なお、両室の病床数については、以下のとおり取扱うものとする。 ａ　母体・胎児集中治療管理室においては、これと同等の機能を有する陣痛室のベットを含めて数えることとして差し支えない。ただし、この場合、陣痛室のベットを含めない病床数は６床を下回ることができない。 ｂ　新生児集中治療管理室に係る病床数は、新生児用人工

床について算定するものとする。 イ　ＭＦＩＣＵの後方病室（一般産科病床等）は、ＭＦＩＣＵの２倍以上の病床数を有することが望ましい。 ウ　ＧＣＵは、ＮＩＣＵの２倍以上の病床数を有することが望ましい。 （４）職員 総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うものとする。 ア　ＭＦＩＣＵ （ア）２４時間体制で産科を担当する複数（病床数が６床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては１名）の医師が勤務していること。 （イ）ＭＦＩＣＵの全病床を通じて常時３床に１名の助産師又は看護師が勤務していること。 イ　ＮＩＣＵ （ア）２４時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること。なお、ＮＩＣＵの病床数が１６床以上である場合は、２４時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤	換気装置を有する病床について数えるものとする。 （イ）　母体・胎児集中治療管理室の後方病室は、母体・胎児集中治療管理室の２倍以上の病床数を有することが望ましい 。 （ウ）　新生児集中治療管理室の後方病室は、新生児集中治療管理室の２倍以上の病床数を有することが望ましい。 エ　医療従事者 母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室は、２４時間診療体制を適切に確保するために必要な以下の職員を確保することが望ましい。 （ア）　母体・胎児集中治療管理室 ａ　２４時間体制で産科を担当する複数（病床数が６床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては１名）の医師が勤務していること。 ｂ　母体・胎児集中治療管理室の全病床を通じて常時３床に１名の助産師又は看護師が勤務していること。 （イ）　新生児集中治療管理室 ａ　２４時間体制で常時新生児を担当する医師が勤務していること。

務していることが望ましい。	
（イ）常時３床に１名の看護師が勤務していること。	b　常時３床に１名の看護師が勤務していること。
（ウ）臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。	
ウ　ＧＣＵ 常時６床に１名の看護師が勤務していること。	（ウ）　新生児集中治療管理室の後方病室 常時８床に１名の看護師が勤務していること。
エ　分娩室 原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、ＭＦＩＣＵの勤務を兼ねることは差し支えない。	（エ）　分娩室 助産師、看護師が病棟とは独立して勤務することを原則とする。ただし、母体・胎児集中治療管理室の勤務を兼ねることは差し支えない。
オ　麻酔科医 麻酔科医を配置すること。	
カ　ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーター ＮＩＣＵ、ＧＣＵ等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した者を次に掲げる業務を行うＮＩＣＵ入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい。	
（ア）ＮＩＣＵ、ＧＣＵ等の長期入院児の状況把握	
（イ）望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整	
（ウ）在宅等への移行に際する個々の家族のニードに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及	

び支援 （エ）その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項 （５）連携機能 総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。	
２　地域周産期母子医療センター （１）機能 ア　地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものである。ただし、ＮＩＣＵを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができるものとする。	（２）地域周産期母子医療センター ア　機　能 （ア）　地域周産期母子医療センターとは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設をいう。
イ　地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。	（イ）　同センターは、地域周産期医療関連施設と連携を図り、入院及び分娩に関する連絡調整を行うことが望ましい。
ウ　都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画及び	

周産期医療体制整備計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供するものとする。	
（２）整備内容	イ　整備内容
ア　施設数 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター１か所に対して数か所の割合で整備するものとし、１つ又は複数の二次医療圏に１か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。	（ア）　施設数 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター１か所に対して数か所の割合で設けるものとし、１つ又は複数の２次医療圏に１か所ないし必要に応じそれ以上設けることが望ましい。
イ　診療科目 地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。ただし、ＮＩＣＵを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えないものとする。	（イ）　診療科目 産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連各科を有することが望ましい。
ウ　設備 地域周産期母子医療センターは、次に掲げる設備を備えるものとする。	（ウ）　設　備
（ア）産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。 ①　緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器 ②　分娩監視装置 ③　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するもの	ａ　産科には、緊急帝王切開術等高度な医療を提供することのできる施設及び以下の設備を備えることが望ましい。 （ａ）　分娩監視装置 （ｂ）　超音波診断装置

に限る。）	
④　微量輸液装置	（ｃ）　微量輸液装置
⑤　その他産科医療に必要な設備	（ｄ）　その他産科医療に必要な設備
（イ）　小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備えるＮＩＣＵを設けることが望ましい。	ｂ　小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える新生児集中治療管理室を設けることが望ましい。
①　新生児用呼吸循環監視装置	（ａ）　新生児用呼吸循環監視装置
②　新生児用人工換気装置	（ｂ）　新生児用人工換気装置
③　保育器	（ｃ）　保育器
④　その他新生児集中治療に必要な設備	（ｄ）　その他新生児集中治療に必要な設備
（３）職員	（エ）　医療従事者
地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。	以下の医療従事者を配置するよう努めることが望ましい。
ア　小児科（新生児医療を担当するもの）については、２４時間体制を確保するために必要な職員	ａ　産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）は、それぞれ２４時間体制を確保するために必要な職員
イ　産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね３０分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む）及びその他の各種職員	ｂ　産科については、帝王切開術が必要な場合３０分以内に児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員
ウ　新生児病室については、次に掲げる職員	ｃ　新生児病室には、以下の職員
（ア）２４時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること。	（ａ）　２４時間体制で小児科を担当する医師が勤務していること。
（イ）各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務し	（ｂ）　新生児集中治療管理室には、常時３床に１名の看護師が勤務していること。

ていること。 （ウ）臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。	（ｃ）　後方病室には、常時８床に１名の看護師が勤務していること。
（４）連携機能 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合同症例検討会の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。	ウ　連携機能 地域周産期母子医療センターは、産科に係る開放型病床を保有するなど、地域周産期医療関連施設との連携機能を有し、症例検討会等を開催することが望ましい。
３　周産期医療情報センター （１）周産期医療情報センターの設置 都道府県は、総合周産期母子医療センター等に周産期医療情報センターを設置するものとする。 （２）周産期救急情報システムの運営 ア　周産期医療情報センターは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と通信回線等を接続し、周産期救急情報システムを運営するものとする。 イ　周産期医療情報センターは、次に掲げる情報を収集し、関係者に提供するものとする。	オ　周産期医療情報センター 総合周産期母子医療センター等に、周産期医療情報センターを設置し、地域周産期母子医療センターと電話回線等により接続することにより、周産期医療システムの運営に必要な情報の収集を行うとともに、地域周産期医療関連施設、地域住民等に対する情報提供、相談等を行う。 なお、本システムで収集された情報のうち、周産期医療の状況把握に必要と認められる情報について項目を定め、定期的に収集するとともに、これを周産期医療協議会へ報告し、同協議会において協議の上、地域周産期医療関連施設等に公表するものとする。 （ア）　整備内容 ａ　周産期救急情報システム（必置）
（ア）周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況	周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況、

（イ）病床の空床状況 （ウ）手術、検査及び処置の可否 （エ）重症例の受入れ可能状況 （オ）救急搬送に同行する医師の存否 （カ）その他地域の周産期医療の提供に関し必要な事項 ウ　情報収集・提供の方法 　周産期医療情報センターは、電話、ＦＡＸ、コンピュータ一等適切な方法により情報を収集し、関係者に提供するものとする。 エ　救急医療情報システムとの連携 　周産期救急情報システムについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図るものとする。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムを連携させることにより、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター、消防機関等が情報を共有できる体制を整備することが望ましい。 ４　搬送コーディネーター 　都道府県は、周産期医療情報センター、救急医療情報センター	病床の空床状況、手術、検査及び処置の可否、重症例の受入れ可能状況並びに搬送に出向く医師の存否等に関する情報を収集、提供する。 ｂ　周産期医療情報システム 　周産期救急情報システムに加え、産科及び新生児の医療に関する各種情報を収集整備し、地域における周産期医療のデータ解析、評価を行うシステムを整備するよう努める。 （イ）　情報収集の方法 ａ　コンピューター等による収集（毎日定時及び随時必要なもの） ｂ　電話、ＦＡＸ等による収集（情報の変動が比較的少ないもの） （ウ）　情報提供及び相談 　地域周産期医療関連施設等に対し、以下の情報提供及び相談を行う。 ａ　周産期医療に関する基礎的知識、最新の技術及び地域周産期医療関連施設から依頼された検査の結果 ｂ　適切な受け入れ施設の選定、確認及び回答等

等に、次に掲げる業務を行う搬送コーディネーターを配置することが望ましい。 ア　医療施設又は消防機関から、母体又は新生児の受入医療施設の調整の要請を受け、受入医療施設の選定、確認及び回答を行うこと。 イ　医療施設から情報を積極的に収集し、情報を更新するなど、周産期救急情報システムの活用推進に努めること。 ウ　必要に応じて、住民に医療施設の情報提供を行うこと。 エ　その他母体及び新生児の搬送及び受入れに関し必要な事項	
５　周産期医療関係者に対する研修 都道府県は、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーター等に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、到達目標を定め、研修を行うものとする。 （１）到達目標の例 ア　周産期医療に必要とされる基本的な知識及び技術の習得 イ　緊急を要する母体及び新生児に対する的確な判断力及び高度な技術の習得	カ　周産期医療関係者研修 都道府県は、総合周産期母子医療センターにおいて、地域周産期母子医療センター、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師及び准看護師に対し、周産期医療に必要な専門的・基礎的知識、技術を習得させるため、到達目標を定め、その研修を行う。 （ア）　目　標 ａ　周産期医療に必要とされる基本的な知識、技術を習得させる。 ｂ　緊急を要する患者に対する的確な判断力及び高度な技術を習得させる。

	c　地域周産期母子医療センターの医師に対しては、最新の医学的技術を習得させる。
（２）研修内容の例	（イ）　研修の内容
ア　産科	a　産　科
（ア）胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応	（a）　胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応
（イ）産科ショックとその対策	（b）　産科ショックとその対策
（ウ）妊産婦死亡とその防止対策	（c）　妊産婦死亡とその防止対策
（エ）帝王切開の問題点	（d）　帝王切開の問題点
イ　新生児医療	b　新生児
（ア）ハイリスク新生児の医療提供体制	
（イ）新生児関連統計・疫学データ	
（ウ）新生児搬送の適応	
（エ）新生児蘇生法	（a）　新生児蘇生法
（オ）ハイリスク新生児の迅速な診断	（c）　ハイリスク新生児の迅速な診断
（カ）新生児管理の実際	（d）　新生児管理の実際
（キ）退院後の保健指導、フォローアップ実施方法等	（e）　退院後の保健指導等
ウ　その他	（b）　新生児の緊急手術
（ア）救急患者の緊急度の判断、救急患者の搬送及び受入ルール等	
（イ）他の診療科との合同の症例検討会等	
	（３）小児専門医療施設及び特定機能病院の役割
	小児専門医療施設及び特定機能病院は、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び関連各科との連携

のもとに専門的医療を行い、必要に応じ医療法第３０条の４第２項第１１号に規定する区域（以下「３次医療圏」という。）を越えてこれを提供する。

６　医療計画における留意事項

医療法第３０条の４第２項第１０号に規定する区域（以下「２次医療圏」という。）における病院の病床数が、医療計画における定められた当該２次医療圏の必要病床数に既に達しているか、又は、当該申請に係る病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更によってこれを越えることとなると認められた場合、医療法第３０条の１１に規定する勧告の対象となる。

しかしながら、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターにおける母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の病床は、その内容及び２次医療圏の状況によっては、医療法施行規則第３０条の３２の２第１項第３号の病床に該当する場合があり、この場合には必要病床数とみなすことができ、勧告の対象から除外される。

3. 地域医療サービス提供マップ作成支援研究（研究要旨）

地域医療サービス提供マップ作成支援研究
【研究要旨】

Ⅰ 目的

平成 20 年 4 月より、各都道府県には「新たな医療計画」の作成が義務付けられている。このなかで、病床規制といった医療資源の適正化が主目的に掲げられていた従来の地域医療計画を見直し、住民の医療ニーズに合わせた地域における体系的な医療提供体制を整備するために、医療関係施設間の機能分化や機能連携の確保を目的とすることが予定されている。さらに、「新たな医療計画」において、関連項目に関する数値目標を創設することが要求されている。

これをうけて、本研究事業では、「患者調査」に DPC（Diagnosis Procedure Combination）コードをリンクしたデータベースを活用した上で、対象地域における主要医療施設の受療患者数と地域内におけるシェアを網羅的に集計し、医療施設の機能分化の実態を可視化する作業を行った。得られた分析結果をもって、今後、医療計画を適切に作成していくための基礎資料とすることを目的とする。

Ⅱ 方法

東京医科歯科大学大学院伏見清秀准教授より、「患者調査」の退院票個票に DPC コードをリンクさせて構築した『DPC 地域患者データベース』から集計表をご提供いただき、それを用いて分析を行った。『DPC 地域患者データベース』では、すべてのデータに DPC コードが付されている。DPC は、臨床的に馴染み深い疾病分類であり、これを用いて、4 疾病の分類や、MDC（Major Diagnostic Category）といったほぼ診療科目と一致した分類にケースを分けることができる。

ご提供いただいた集計表は、青森県、埼玉県、静岡県、鳥取県における下記表の 3 つの内容のものであり、それぞれ図表を作成した。下記表内のすべての集計について、図表を地図上に貼り付けて、地理的な視点も加えて可視化を試みた。

● 集計表 ●	● 集計表から読み取れる内容 ●
① 4疾病ごとの患者の受療行動について（試験的に正常分娩の妊婦と小児患者の受療行動も集計した）	各二次医療圏に住む患者が、どの二次医療圏にある医療施設で受療しているのかについて、4疾病ごとに可視化する。
② 4疾病ごとにみた県の主要医療施設について	4疾病ごとに、各県でどの医療施設が最も多くの患者を診ているのか可視化する。
③ 各二次医療圏の主要医療施設で提供されているサービス内容について	各二次医療圏の主要医療施設をあげ、そこでどのようなサービスが提供されているか、MDC を用い可視化し、医療施設の機能分化の程度をみる。

III 結果

医療施設の機能分化を可視化する作業により得られた結果の概要は以下の通りである。

（1）患者の受療行動

① 「手術を必要とするか否かにより、患者の受療行動が異なる」

全体的に、手術を必要とする場合は、都市部の医療圏にある医療施設に患者が受療する様子がうかがえた。一方、手術を必要としない場合は二次医療圏を越えた患者の移動は減り、自宅に近い医療施設で受療する傾向がうかがえた。また、この傾向は在院期間が長くなるほど強くなることも見受けられた。

② 「隣接する県の医療資源が豊富な場合、患者の流出傾向がある」

隣接する県で医療資源が多くある場合、県境を越えた患者の移動が多く見られた。

③ 県ごとの特徴

二次医療圏内に受療範囲がほぼ限定されている県 (e.g.鳥取県)もあれば、非都市部から都市部への患者の流出の著しい県(e.g.埼玉県)もある。

（2）疾病ごとの県の主要医療施設

① 「疾病の緊急性および専門性により、医療機能の集約度合いが異なる」

脳卒中のように緊急な治療（診療）を必要とする疾病では、近隣の医療施設での対応が必要となるため、いくつかの医療施設に少数名ずつ患者が受療している状況がうかがえた。一方、がんのように治療を待つことのできる疾病においては、数箇所の医療施設に患者が集中する傾向が見られた。

② 「県の人口規模により集約の程度が異なる」

各病院のシェアで医療機能の集約度を測った場合、人口規模の小さい県のほうが集約化が達成されやすい傾向があることがわかった。これは、病院の規模には限界があり、人口規模が大きい場合、複数の病院で患者を診ざるを得なくなるためと考えられる。

（3）各二次医療圏の主要医療施設で提供されているサービス内容

① 「都市部と非都市部により、各医療施設が提供するサービス内容が異なる」

都市部では、複数の診療科を有する大規模な病院がいくつも所在しているため、多くの病院で多種多様なサービスが提供され、いくつかの医療圏を除くと、医療施設の機能分化が鮮明なケースは少ない。一方、非都市部の医療圏では、特殊性や専門性の高い医療につ

いてはあまり対応されていない様子がうかがえた。

②　「都市部と非都市部により、医療施設間の機能分化の様相が異なる」

医療施設間の機能分化は、各医療圏によって様相が異なるが、非都市部では、医師の総数が少ないため、必要な診療科の専門医がいればそこで受療するといった形で、都市部に比べて必然的に機能分化がなされている。ただし、非都市部でも、近接したいくつかの医療施設で、同一診療科のサービスをそれぞれ少数名ずつの患者に提供しているケースが見られ、集約化の余地があることがうかがえた。

（4）医療施設の連携の把握

患者調査で把握できる情報の範囲で、各県における医療施設の連携状況について把握することを試みた。現在の抽出調査を悉皆調査に拡大し、十分なサンプルを確保さえできれば、傷病ごとに入院前の場所、退院後の行き先を集計することで、各県における連携状況をある程度把握できることが分かった。

Ⅳ　考察

分析の結果を疾病特性と地域特性の２つの切り口からまとめる。

（1）疾病特性

疾病特性としては、緊急性と専門性の２つの観点から、それぞれの疾病に対応した医療提供体制について、いくつか特徴を挙げることができる。これにより緊急性を要する疾病に関してはより近くの医療施設で、専門性を要する疾病に関しては機能が集約化された医療施設で、というような対応をイメージすることができる。

（2）地域特性

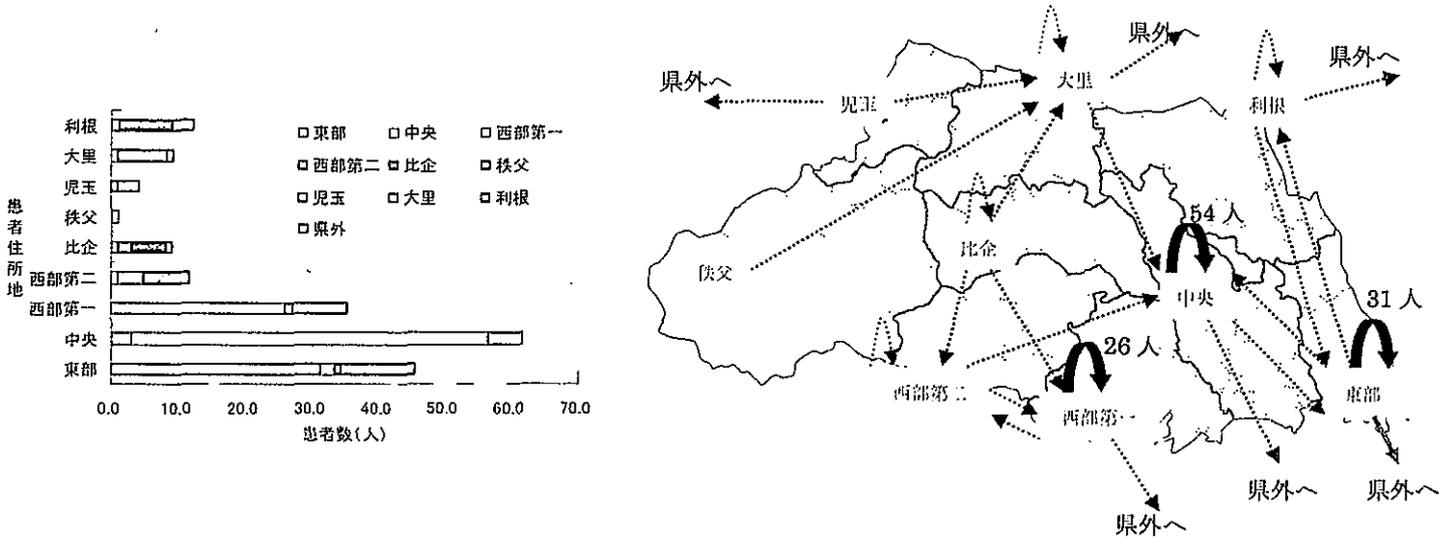
地域特性としては、都市部と非都市部における医療提供体制の違いについて、特徴を挙げることができる。都市部では、複数の診療科を有す大規模な病院がいくつも所在しているため、多くの病院で多種多様なサービスが提供され、いくつかの医療圏を除くと、医療施設の機能分化が鮮明なケースは少ない。非都市部では医療資源も少なく、ある程度必然的に医療施設の機能分化が進みやすい状況にあることが読み取れる。

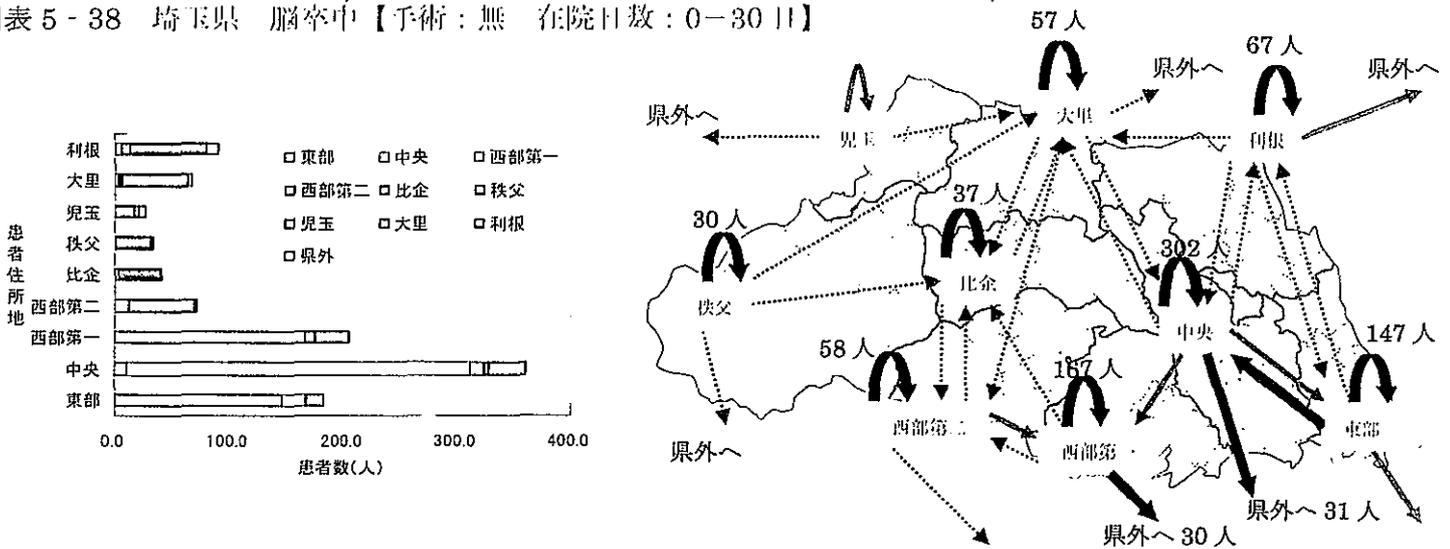
わが国には、既に多くの数の医療施設や病床が設置されており、医療施設の機能分化や連携体制を目指した医療計画を新たに作成することは、白地に絵を描くこととは大きく異なる。疾病ごとの特性を捉え、地域における各医療施設がどのような強みを持っているのか、データにより現状を把握することが、有効な医療計画を作成するために重要であるだろう。

＜集計結果サンプル１＞

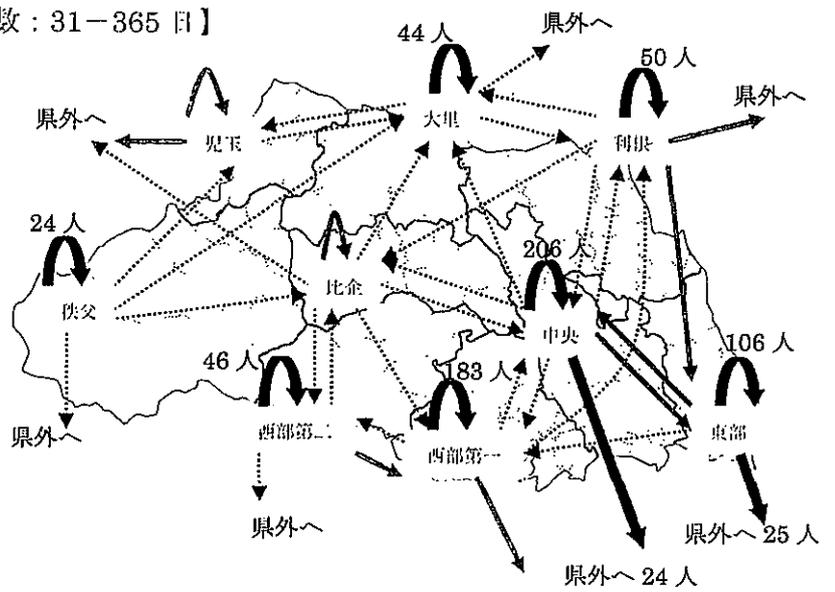
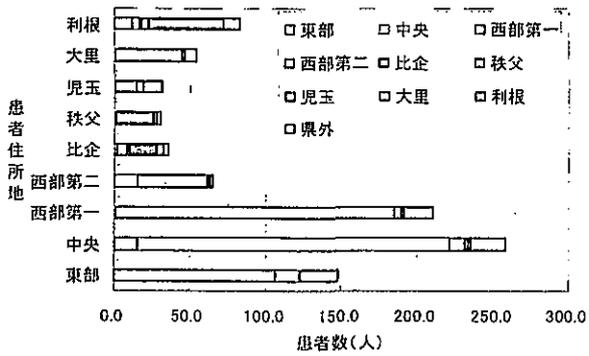
患者の受療行動

10 人未満：赤点線、　10-20 人未満：緑線、　20 人以上：紺太線

図表 5 - 37　埼玉県　脳卒中【手術：有　在院日数：ALL】

児玉医療圏は県外へ、秩父医療圏は大里医療圏へ相当の割合で移動が見られる。西部第二医療圏は西部第一医療圏へ移動が見られる。大里医療圏、西部第一医療圏、中央医療圏は圏域内の完結度は高い。

図表 5 - 38　埼玉県　脳卒中【手術：無　在院日数：0－30 日】

利根医療圏、大里医療圏、秩父医療圏、比企医療圏、西部第二医療圏、西部第一医療圏、中央医療圏、東部医療圏は圏域内の完結度は高い。

10 人未満：赤点線、　10-20 人未満：緑線、　20 人以上：紺太線

図表 5 - 39　埼玉県　脳卒中【手術：無　在院日数：31－365 日】

大里医療圏、秩父医療圏、西部第二医療圏、西部第一医療圏、中央医療圏、東部医療圏は圏域内の完結度は高い。

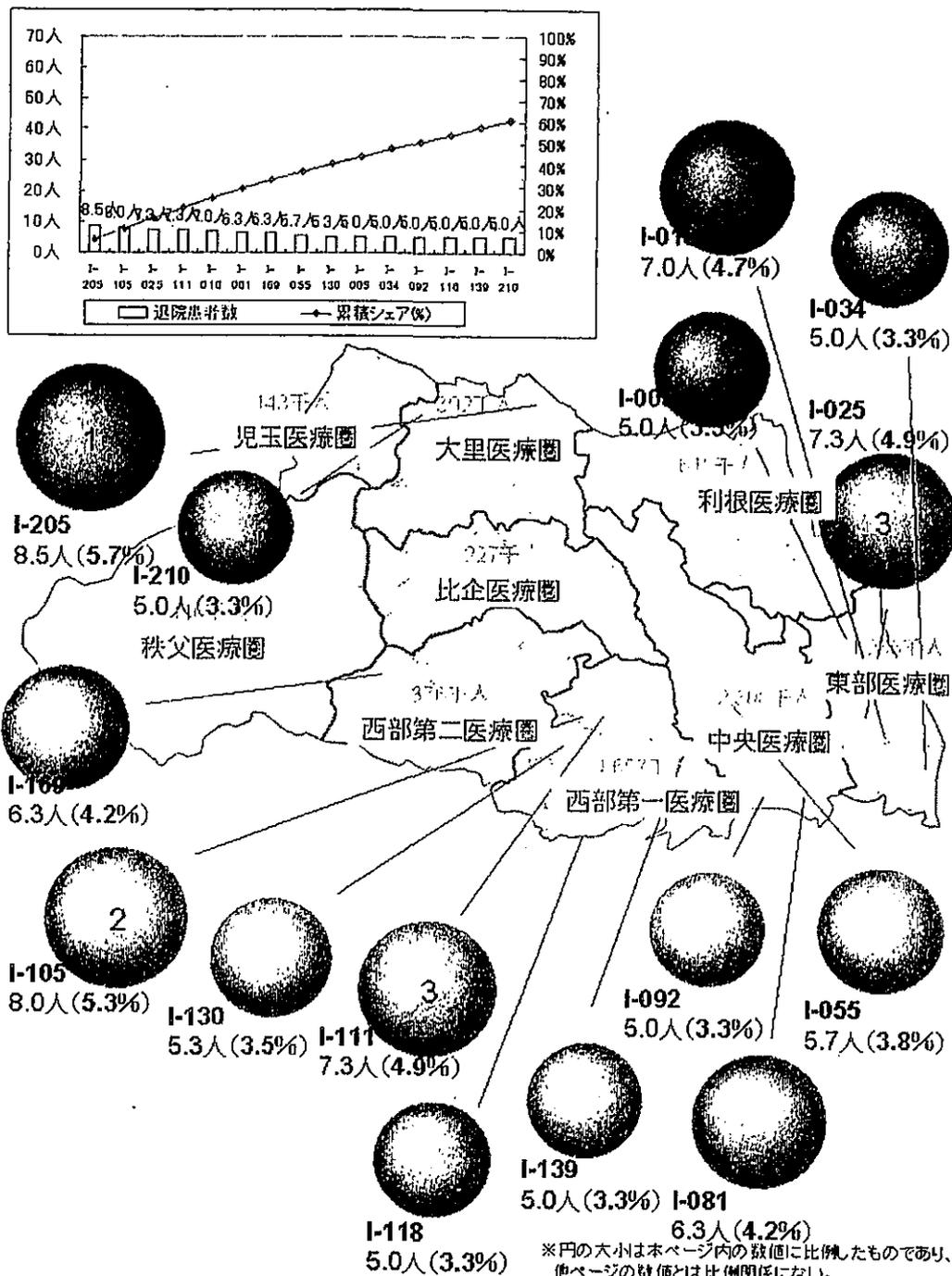
<集計結果サンプル２>

疾病別にみた県内の主要医療施設

図表 6- 13：疾病別にみた県内の主要医療施設

埼玉県

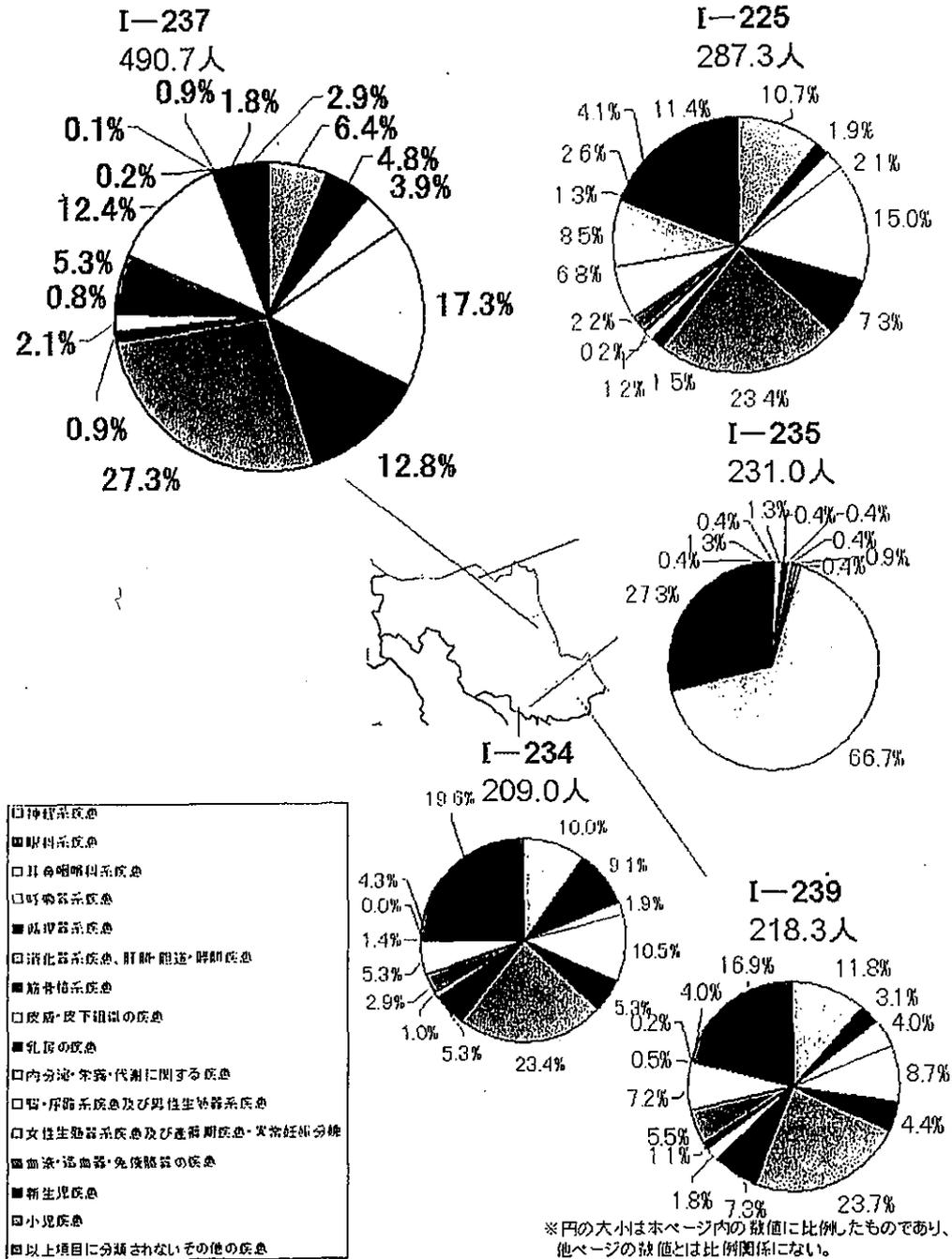
脳卒中【手術有／在院日数 ALL】

※円の大小は本ページ内の数値に比例したものであり、他ページの数値とは比例関係にない。

シェアが最も高い大里医療圏の I-205 病院でも 5.7%であり、県内でシェア 10.0%以上の病院はない。その他、シェア 5.0%以上の病院は、I-105 病院(5.3%)である。これら上位 2 病院のシェアは 11.0%となっており、集約化が進んでいない。

図表 7 - 29：二次医療圏内の医療施設の機能分化の状況

埼玉県

利根医療圏

【手術有＆無／在院日数 ALL】

I-237 病院の患者数が突出して多い。I-237 病院は循環器系疾患、呼吸器系疾患、内分泌・栄養・代謝に関する疾患、I-235 病院は産褥期疾患・異常妊娠分娩、新生児疾患に特徴がある。I-225 病院、I-239 病院、I-234 病院は似通った疾患構成になっていて、機能分化は進んでいないと考えられる。

4. 地域医療連携体制の構築と評価に関する研究（研究要旨）

地域医療連携体制の構築と評価に関する研究
分担事業者　惠　上　博　文（山口県宇部環境保健所長）

○ 事業協力者：　構築評価グループ（池田和功（大阪府堺市北保健センター所長）、惠上博文（山口県宇部環境保健所長）、豊田誠（高知県高知市保健所地域保健課長）、仲宗根正（沖縄県中央保健所長）、日高良雄（宮崎県延岡保健所長））、事例追跡グループ（惠上博文（山口県宇部環境保健所長）、小谷尚克（福島県南会津保健所長）、德本史郎（大阪府寝屋川保健所地域保健課長）、山田敬子（山形県村山保健所医務主幹）、山中朋子（青森県弘前保健所長））、助言者：（岡紳爾（山口県健康福祉部地域医療推進室次長）、武田康久（厚生労働医政局省医師確保等地域医療対策室長））

○ 要　　旨：　地域医療連携体制構築に向けた保健所の企画・調整機能の強化に資するため、全国保健所の取組状況及び先進事例とともに、これまでの現地調査 27 事例（追跡事例）に関するアンケート調査を実施し、この中の 16 事例（8 先進事例及び 8 追跡事例）を現地調査した結果について、医療制度改革への対応、医療連携体制の評価、維持期以降の保健所の関与等の視点から検討し、保健所による医療連携体制の構築・評価、維持期以降の関与等のポイントを一定明らかにできた。

A. 目　的

地域医療連携体制（「連携体制」）構築における保健所の役割及び調整については、昨年度の「地域医療連携体制の構築に関する研究」で一定明らかにされたものの、今後の課題として、連携体制構築の評価、維持期以降の関与等が残された。また、本年度は、医療制度改革の一環である 3 計画 1 構想等（「制度改革」）の施行年度に当たり、これに対応した保健所の取組も各方面から注目されている。

このため、連携体制構築に向けた保健所の企画及び調整機能の強化に資するべく、全国保健所の取組状況及び先進事例とともに、これまでの現地調査 27 事例（追跡事例）に関するアンケート調査を実施し、この中の 16 事例（8 先進事例及び 8 追跡事例）を現地調査した結果について、制度改革への対応、連携体制の評価、維持期以降の関与等の視点から検討し、保健所による連携体制の構築・評価、維持期以降の関与等のポイントを明らかする。

B. 方　法

1　構築評価グループ

(1)　4 疾病地域医療連携アンケート調査

保健所の取組状況及び現地調査候補事例を把握するため、平成 20 年 7 月に全国 517 保健所（県型 389、市型 105 及び区型 23）にアンケート調査を実施（回答数 479 か所、回答率 92.6%（県型 93.8%、市型 87.6%及び区型 95.7%））。この結果、地域連携パスの試用中・運用中 63 事例（57 保健所）及び地域連携パス以外の試用中・運用中 31 事例（28 保健所）、計 94 事例（79 保健所）の現地調査候補事例を把握した。地域連携パス以外の取組内容では、脳卒中の大半は地域リハビリテーションシステムに関連する取組、がんの大半は、在宅緩和ケアシステムに関する取組である。

(2)　4 疾病地域医療連携先進事例現地調査

制度改革への対応、連携体制の評価、維持期以降の関与を把握するため、上記候補から電話調査等で 8 事例（内訳：がん 1、脳卒中 3 及び糖尿病 4）を現地調査事例に選定した。現地調査の項目は、①連携体制の目的、②保健所の役割、③現状調査、④体制づくり、⑤連携の仕組、⑥市町村等との連携、⑦制度改革への対応、⑧連携体制の評価等である。

2　事例追跡グループ

(1)　地域医療連携先進事例追跡アンケート調査

追跡事例の取組状況及び現地調査候補事例を把握するため、平成 20 年 8 月に平成 18 年度及

び平成19年度の現地調査27事例にアンケート調査を実施（回答事例25、回答率92.6%）。

(2) 地域医療連携先進事例追跡現地調査

制度改革への対応、連携体制の評価及び維持期以降の関与を把握するため、電話調査等で8事例（内訳：がん1、脳卒中1、脳卒中・大腿骨頸部骨折1、急性心筋梗塞1、糖尿病1、災害医療1、小児救急医療1及び精神医療1）を現地調査事例に選定した。現地調査の項目は、構築評価グループのものに加えて、保健所が継続的に関与する又は関与を始めることに関する①経緯、②要因、③意義、④役割、⑤課題、⑥期待等である。

C. 結果及び考察

1 医療制度改革への対応

まず、4疾病の地域連携パスに関する全国保健所の取組状況をみると、試用中・運用中の保健所は57か所で回答保健所の11.9%、協議中は168か所で35.1%、合計231か所で48.2%である。

次に、57か所の試用中・運用中の63事例を開始年度別にみると、医療制度改革関連法が成立した平成18年度以降が59事例で93.7%、更に疾病別にみると、脳卒中が47事例で74.6%を占めているなど、平成19年7月厚生労働省指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について（脳卒中の医療体制は優先的な取組が必要等）」に対し、保健所が一定対応している状況にある。

そして、現地調査事例においても、当初は地域保健又は地域医療の課題として着手する中、制度改革を契機にして、医療計画又は健康増進計画に位置づけられ、当該計画の反映、取組の促進及び体制の整備が図られるなど、上記通知の「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」等に対しても、保健所が一定対応している状況にある。

これを疾病別にみると、脳卒中（多摩立川保健所・岡山保健所の各事例）では、脳卒中発作の程度に応じ、適切な医療機関に早期に搬送できるよう、メディカルコントロール協議会と連携しながら、ワイドトリアージ及びストロークバイパスのための救急救命士及び主治医の研修など、病院前救護まで連携範囲を拡大している。また、糖尿病（五所川原保健所・米子保健所・筑紫保健所・北部保健所の各事例）では、特定健診による要医療者等に対し、日本糖尿病学会の診療ガイドラインに基づき、標準的な診療を実施する診療協力医の登録制度創設及び地域連携パスをはじめとする保健・医療連携に取組んでいる。

2 医療連携体制の評価

まず、糖尿病等において、連携体制の構築が奏効するまでには、少なくとも数年を要することから、その間の取組の進捗管理が必要になる。現地調査事例でも、連携体制の拡大・縮小に関する参加医師数、参加機関数及び参加職員数、連携体制の利用患者数等のアウトプット（進捗管理）指標が設定・活用されていることから、「医療体制構築指針」に例示するストラクチャー指標、プロセス指標及びアウトカム指標に加えて、アウトプット指標を設定する重要性を認識できた（板橋区保健所・岡山保健所・須崎保健所・米子保健所・北部保健所・砺波厚生センターの各事例）。

次に、連携体制を客観的に評価するためには、患者登録制度を整備して、その医療費等アウトカムのデータを収集・分析し、未利用者と比較検討することが望ましい。一定の評価の水準を一定期間確保するためには、データの収集・入力・分析を行う人員・予算の確保等評価体制の整備が必要となるものの、現地調査事例によっては、厳しい行財政改革の中、利用者の増加に伴って、近い将来、評価体制の維持が困難になることも懸念された（新川厚生センター・松江保健所の各事例）。

そして、評価データを収集するためには、連携体制の構築メリットを継続的に提示することなどにより、データ提供機関のモチベーションの維持を図ることが必要になるものの、現地調査事例によっては、データ提供機関の書類作成業務が増大する中、取組の長期化に人事異動等も相俟って、データ収集体制の維持が困難になることも懸念された（砺波厚生センターの事例）。

以上から、①連携体制の拡大・縮小に関するア

ウトプット指標を設定するとともに、②評価水準及び構築メリットと所要の人員及び予算との間に適切なバランスを維持することの重要性に加え、③連携体制の評価に必要な圏域単位の各種指標を効果的・効率的に把握できる体制整備の在り方を課題として認識できた。

3　維持期以降の関与

現地調査追跡事例における保健所の関与状況は、①保健所主体の連携体制を医師会・医療機関主体に移行しているもの(八女保健所の事例)、②保健所主体の連携体制を継続・拡充しているもの(大船渡保健所・砺波厚生センター・松江保健所・新川厚生センターの各事例)、③医師会・医療機関主体の連携体制に保健所が関与を開始しているもの(新川厚生センター・福山地域保健所・岐阜市保健所の各事例)に分類することができた。

その関与の内容をみると、協議会の事務局又は委員としての関与が最も多かったが、構築した連携体制の運用を中心とした検討は、医師会・病院に運用主体が移行して、保健所は、地域住民及びスタッフに対する普及・啓発のほか、人材育成のための研修の企画、より広域的な調整など、関与の内容が変化している。

その関与のポイントをみると、①では、連携体制運営の自立に向けて、協議会の一委員として運営に参加し、必要に応じ、支援できる間合いで関与することである。②では、保健所内で担当者の人事異動があっても、連携体制が縮小しないよう、関係者との平素からの保健所の役割に関する共有、関係者との顔の見える人間関係の構築、構築成果の継続的な関係者への提示等関係者のモチベーションを維持できるよう関与することである。③では、医師会・医療機関主体の連携体制に公共性を付与するとともに、保健所の公平・公正な調整、地域住民への普及・啓発等によって、連携体制の運用圏域の拡大、医療連携体制への参加機関の増加、連携体制の利用患者の増加等構築主体からの要請の趣旨を実現できるよう関与することである。こうした維持期以降の関与のポイントについては、チェック票を作成することがきでた。

4　市型保健所の役割

17 指定都市(58 保健所)及び 39 中核市(39 保健所)は、都道府県の県庁所在地等の主要都市から構成され、全人口の 35.5%(平成 17 年 10 月)及び全病院数の 32.1%(平成 18 年 10 月)を所管しているが、地域連携パス等の試用中・運用中の市型保健所は、県型保健所 70 か所(119.2%)に比べると、4 か所(4.3%)と大幅に低くなっている。これは、連携体制構築が、医療法で都道府県の役割として法定されていることによると思われるものの、平成 19 年 7 月厚生労働省総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」では、県型保健所とともに市型保健所にも、その役割に関する留意事項を定めている。

何よりも、既述の性格・規模・機能の人口・病院を所管する市型保健所が、一定の役割及び関与を果たさなければ、県型保健所のみでは、当該市での連携体制構築は容易ではないことから、先進事例に関する現地調査によって、その役割及び関与について、具体的に検討することが、今後の重要課題であると認識した。

D．結論及び今後の計画

医療制度改革に伴う 3 計画 1 構想等の施行年度等に当たり、制度改革への対応、連携体制の評価、維持期以降の関与等の視点から現地調査事例等を検討した結果、保健所による連携体制の構築・評価への関与、維持期以降の関与等のポイント等を一定明らかにすることができた。

今後は、本年度、課題とされた①連携体制構築の進捗管理の進め方、②市型保健所の具体的な役割・関与、③県型保健所と市型保健所との連携等について、先進事例調査及び追跡事例調査を継続しながら、医療連携体制構築に関する保健所の企画・調整のポイントを更に検討していきたい。

E．発表

論文発表及び学会発表はともにない。

４疾病地域医療連携アンケート調査の概要

1　目　的

保健所の取組状況及び現地調査候補事例の把握

2　時　期

平成20年7月

3　対　象

全国517保健所（県型389、市型105及び区型23）

4　方　法

郵送法によるアンケート調査

5　回答数・率

479保健所（92.6%：県93.8%、市87.6%及び区95.7%）

6　主な項目

○　連携パスの取組：①対象疾病、②進行段階

○　連携パス以外の取組：①取組年度、②対象疾病、③連携部位、④連携内容、⑤進行段階、⑥医療機関の参加、⑦保健所の取組

7　主な結果

○　地域連携パスの取組

- 約3割の保健所が取組んでいる。
- 平成18年度以降の事例が63事例中59事例(93.7%)。
- 59事例のうち脳卒中が43例(72.9%)。

○　地域連携パス以外の取組

- 約2割の保健所が取組んでいる。
- がんの事例の大半は、在宅緩和ケアシステムの関連。
- 脳卒中の事例は、地域リハビリテーションシステム、脳卒中情報システム及び救急搬送システムの関連。
- 糖尿病の事例は、特定健診・特定保健指導に関連するもの。

○　設置主体別の保健所の取組

県型保健所の19.2%に比べ、市型保健所は4.3%と低い。

8　総　括

○　地域連携パス運用等地域医療連携体制構築に一定関与している。

○　市型保健所の役割や関与に関する検討は重要課題である。

４疾病地域医療連携先進事例現地調査の概要

1　目　的

医療制度改革への対応、連携体制の評価・維持期以降の関与の把握

2．時　期

平成20年10月～12月

3　対　象

先進事例を有する8保健所（県型6、市型1及び区型１）

4　主な項目

①連携体制の目的、②保健所の役割、③現状調査、④体制づくり、⑤仕組、⑥市町村等との連携、⑦制度改革への対応、⑧体制の評価

5　主な結果

○　医療制度改革への対応１（多摩立川保健所・岡山保健所）

- 脳卒中事例では、救急救命士への研修、ＭＣ協議会との連携、ワイドトリアージ・ストロークバイパスのための主治医研修など、病院前救護まで連携範囲を拡大している。

○　医療制度改革への対応２（五所川原保健所・米子保健所・筑紫保健所・沖縄県北部保健所）

- 糖尿病では、特定健診の要医療者等に、診療ガイドラインに即し、標準的な診療を実施する診療協力医の登録制度創設及び地域連携パスをはじめとする保健・医療連携に取組んでいる。

○　連携体制の評価（板橋区保健所・多摩立川保健所・岡山保健所須崎保健所・米子保健所・北部保健所）

- 連携体制の拡大・縮小に関する参加医師数、参加機関数及び参加職員数、連携体制の利用患者数等のアウトプット（進捗管理）指標が、設定・活用されている。

6　総　括

○　平成19年7月厚生労働省指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について（脳卒中の医療体制は優先的な取組が必要等）」に対し、保健所が、一定対応している。

○　連携体制の拡大・縮小に関するアウトプット指標を設定するとともに、重要性を認識できた。

構築評価グループによる先進事例現地調査事例

1　乳がん地域連携支援パス作成事業（東京都板橋区保健所）

2　脳卒中医療連携推進事業（東京都多摩立川保健所）

3　脳卒中地域医療連携システム構築・急性期医療充実強化事業（岡山県岡山保健所）

4　高幡チャートによる地域リハビリテーション（脳卒中）医療連携推進（高知県須崎保健所）

5　糖尿病保健医療連携支援システム構築事業（青森県五所川原保健所）

6　糖尿病予防対策協力医登録事業（鳥取県米子保健所）

7　特定健診から始まる糖尿病医療連携体制構築（福岡県筑紫保健所）

8　糖尿病地域医療連携パス事業（沖縄県北部保健所）

地域医療連携先進事例追跡アンケート調査

1　目　的

維持期以降の関与状況及び現地調査候補事例の把握

2　時　期

平成20年8月

3　対　象

平成18年度・平成19年度の現地調査27事例（豊中保健所を除く。）

4　方　法

郵送法によるアンケート調査

5　主な項目

①目的の達成状況、②医療計画上の位置づけ、③保健所関与の状況
④事業の状況・実績、⑤制度改革による見直し、⑥事業展開の課題、
⑦他の事業・地域への波及

6　回答数・集計対象

25事例（92.6%）のうち、集計対象は保健所の未関与を除く23事例。

7　主な結果

○　保健所の関与は、25回答事例のうち23事例、その内訳は継続が20事例及び開始が3事例、主な内容は、協議会の事務局、移設後は一委員として関与、普及・啓発、研修会及び症例検討会。
○　事業の実施状況は、未関与2事例を除く22回答事例のうち、継続が8事例及び終了が14事例、以下の回答事例は未関与2事例を除く。
○　医療計画への記載は、21回答事例のうち15事例、更に評価指標までのものは、そのうち7事例。
○　目標の達成は、21回答事例のうち20事例。
○　連携体制の拡大は、16回答事例のうち14事例。
○　制度改革対応による見直しの必要は、18回答事例のうち7事例。

8　総　括

○　保健所の関与は、ほとんどの事例で継続又は開始しており、維持期以降になると、その内容は、普及・啓発、研修会等が中心になるなど、連携体制構築の進行段階に応じ、変化している。
○　制度改革による見直しは、約4割の事例で必要になっている。

平成18年度先進事例現地調査16事例

がん	在宅緩和ケア推進	宮城県仙南保健所
脳卒中	地域連携パスの作成・普及	青森県青森保健所
		島根県出雲保健所
救急医療	救急体制の機能強化	宮崎県高鍋保健所
災害医療	保健医療リスク管理システムの構築	岩手県大船渡保健所
	大規模災害医療救護体制の構築	長野県飯田保健所
周産期医療	産科医療体制の再構築	長野県飯田保健所
小児医療	初期救急医療体制のための医師確保	愛知県岡崎市保健所
	初期救急センターの整備	大阪府豊中保健所
	救急医療体制の整備	福岡県八女保健所
精神医療	精神科地域連携パスの運用	富山県砺波厚生センター
	長期入院患者の退院促進	島根県出雲保健所
医療安全	医療相談対応能力の強化	茨城県つくば保健所
医師確保	医師不足に対する対応	宮城県仙南保健所
病床調整	二次医療圏域内の病床調整	兵庫県龍野保健所
		広島県福山地域保健所

平成19年度先進事例現地調査12事例

が　ん	在宅緩和ケアの地域連携パスの運用	福島県県北保健福祉事務所
	在宅緩和ケアの地域連携パスの運用	中川医院（富山県下新川郡）
	在宅緩和ケアの医療連携体制の整備	広島県福山地域保健所
脳 卒 中	地域連携パスの構築	富山県新川厚生センター
	地域リハビリテーションの推進	大阪府豊中保健所
	地域連携パスの運用	大田記念病院（広島県福山市）
心筋梗塞	急性期患者搬送連携システムの運営	東京都多摩立川保健所
	急性期救急搬送システムの運営	東京都ＣＣＵ・東京都
	統一地域連携パスの運用	岐阜県岐阜市医師会
糖 尿 病	統一地域連携パスの運用	山形県酒田市医師会
	循環型地域連携パス（わかしおネット）	千葉県立東金病院
	患者管理システム・患者家族会	島根県松江保健所

注：網掛は、保健所の関与事例。

地域医療連携先進事例追跡現地調査の概要

1　目　的

制度改革への対応、連携体制の評価及び維持期以降の関与の把握

2　時　期

平成20年11月～12月

3　対　象

追跡事例を有する8保健所（県型7及び市型1）

4　主な項目

構築評価グループの項目に加え、関与している①経緯、②意義、③関与できている要因、④関与上の課題、⑨保健所への期待等。

5　主な結果

○　連携体制の評価

・　厳しい行財政改革の中、利用者の増加に伴って、近い将来、患者登録制度による客観的な評価体制の維持が困難になることも懸念されている（新川厚生センター・松江保健所）。

○　連携体制の評価

・　連携体制の構築メリットを継続的に提示することなどにより、データ提供機関のモチベーションの維持を図っているものの、データ提供機関の書類作成業務が増大する中、取組の長期化に人事異動等も相俟って、データ収集体制の維持が困難になることも懸念されている（砺波厚生センター）。

○　維持期以降の保健所の関与

連携体制の構築期は、当該体制の企画・調整、維持期以降には、連携体制の自立に向けて、相談・助言、連携体制の評価、保健師による調整、情報の収集・整理が、期待されている（八女保健所新川厚生センター）。

○　市町村との協働

連携体制の創設期は、市町村保健師の相談相手、構築期・維持期には、関係機関の調整者、更に発展期には、5か年行動計画の策定を提案する俯瞰者として協働している(松江保健所)。

○　医療機関主体の連携体制への関与の開始
・　保健所は、医療監視機関として警戒されていたため、暫く付かず離れずの間合いで関与し、医師会の取組に発展した時機で声掛けし、医師会との協働体制を整備した(新川厚生センター)。
・　保健所の関与の目的は、医療連携体制の整備を図であるが、相手方は、参加機関の拡大である（福山地域保健所）。

6　総　括

○　連携体制の拡大・縮小に関するアウトプット指標を設定するとともに、評価水準や構築メリットと所要の人員・予算との間に適切なバランスを確保・維持することの重要性を認識できた。

○　保健所に期待される役割は、関係機関によって、また、進行段階によって異なってくることから、保健所には、こうした多様な期待に柔軟に対応することが必要である。

事例追跡グループによる現地調査８事例

分類１　保健所主体の医療連携体制を医師会主体に移行しているもの

①　小児救急医療連携体制運営への支援(福岡県八女保健所)

分類２　保健所主体の医療連携体制を継続・拡充しているもの

②　脳卒中・大腿骨頸部骨折地域医療連携パスの運用(富山県新川厚生センター)
③　安来能義地域の糖尿病地域医療連携体制構築(島根県松江保健所)
④　保健医療リスクマネジメントシステム構築(岩手県大船渡保健所)
⑤　精神科地域医療連携パスの運用(富山県砺波厚生センター)

分類３　医師会・医療機関主体の医療連携体制に保健所が関与を開始しているもの

⑥　在宅終末期医療地域連携パスの運用拡大(富山県新川厚生センタ)
⑦　脳卒中地域連携パスの運用拡大(広島県福山地域保健所)
⑧　急性心筋梗塞地域連携パスの運用拡大(岐阜県岐阜市保健所)

５．へき地保健医療対策の現状

これまでの対策

○　山村、離島等のへき地における医療の確保については、昭和３１年度から９次にわたる「へき地保健医療計画」を策定し、二次医療圏単位で各種施策を講じてきた。

○　これに伴い無医地区数は以前に比べ大きく減少。

【無医地区の変遷】

調査年	無医地区数	人口
昭和４１年	２，９２０	１１９万人
昭和４８年	２，０８８	７７万人
昭和５９年	１，２７６	３２万人
平成　６年	９９７	２４万人
平成１１年	９１４	２０万人
平成１６年	７８６	１６万人

※無医地区：医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径４㎞の区域内に人口５０人以上が居住している地域であって、通常の交通機関を利用して医療機関まで片道１時間超を要する地域など。

○　現在、第７次の無医地区調査を実施中。

現在のとりくみ

○　医療資源の都市部偏在等により二次医療圏単独では医療過疎地域の医療需要に対応しきれないため、より広域的に都道府県単位でのへき地対策を講じているところ（平成１８年度からは、第１０次「へき地保健医療対策」を実施）。

［主要事項］

（１）　へき地医療支援機構

概　要：都道府県単位で設置し、へき地診療所等からの代診医の派遣要請等、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行う。

箇所数：３９か所（平成２１年３月３１日現在）

（２）　へき地医療拠点病院

概　要：都道府県単位での指導・調整の下に「へき地診療所」への医師派遣、「へき地診療所」の無い無医地区等を対象とした巡回診療等を行う。

箇所数：２６３病院（平成２１年７月３１日現在）

補助先：都道府県の指定した病院
（運営費（医師派遣、巡回診療実施のための人件費等）、施設・設備整備）

実　績：医師派遣　１２２病院
巡回診療　　９７病院

（平成２１年度現況調より）

（３）　へき地診療所

概　要：無医地区において診療所を整備し、地域住民の医療確保を図る。

箇所数：１，０６３か所〔国保診療所含む〕（平成２０年３月３１日現在）

補助先：都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、北社協他（運営費（診療実施のための人件費等）、施設・設備整備）

（４）　へき地保健指導所

概　要：無医地区等にへき地保健指導所を整備し、保健医療の機会に恵まれない住民に対する保健指導を行う。

箇所数：４３か所（平成２０年３月３１日現在）

補助先：都道府県、市町村

（５）　へき地巡回診療車（船・ヘリ）

概　要：無医地区等の医療の確保を図るため巡回診療を実施する。

台　数：７１台（車：６１台、船：６隻、歯科診療車：４台）

（平成２０年３月３１日現在）

※離島巡回診療ヘリは平成１９年度より実施（１機：鹿児島県）

（６）　へき地患者輸送車（艇）

概　要：患者輸送車を整備し、へき地の患者を最寄医療機関まで輸送する。

台　数：３１５台（車：３０４台、船１１隻）

（平成２０年３月３１日現在）

６．医療施設等の施設･設備整備事業

医療提供体制施設整備交付金の概要

Ⅰ 予算額

平成22年度予算案
8,874 百万円

Ⅱ 要旨

新たな医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制と地域保健及び健康増進体制との連携強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性･裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療施設、周産期医療施設等の施設整備を支援するもの。

Ⅲ 「計画に基づく施策の実施（施設）」に対して助成を行う

医　　療　　計　　画

都道府県は**「医療計画に基づく事業計画」**を策定

「医療提供体制施設整備交付金」を各都道府県に交付

Ⅳ 交付対象

補助対象除外施設：公立分（全事業）、公的分（一部事業）

交付金対象事業区分		
休日夜間急患センター	小児医療施設	地震防災対策医療施設耐震整備
病院群輪番制病院	周産期医療施設	医療機器管理室
共同利用型病院	院内感染対策施設	内視鏡訓練施設
（地域）救命救急センター	看護師勤務環境改善	医療施設耐震整備
小児救急医療拠点病院	看護師宿舎	アスベスト除去等整備
がん診療施設	医療施設近代化施設	小児科・産科連携病院等病床転換施設
医学的リハビリテーション施設	特殊病室施設	小児初期救急センター施設
不足病床地区病院	基幹災害医療センター	肝移植施設
特定地域病院	地域災害医療センター	院内助産所･助産師外来施設
共同利用施設 (開放型病棟等)	治験施設	病院内保育所
看護師等養成所	歯科衛生士養成所	地球温暖化対策
腎移植施設	病児･病後児保育施設	救急ヘリポート
(新)小児集中治療室	(新)地域療育支援施設（仮称）	(新)看護師等養成所修業年限延長等整備
(新)看護教員養成講習施設		

医療提供体制推進事業費補助金の概要

Ⅰ 予算額

平成22年度予算案
30,603百万円

Ⅱ 要旨

新たな医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制と地域保健及び健康増進体制との連携強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性・裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療等の経常的な経費の補助を行うもの。

Ⅲ 補助制度の概念

医　療　計　画

都道府県は **「医療計画に基づく事業計画」** を策定

「医療提供体制推進事業費補助金」を各都道府県に交付

Ⅳ 医療提供体制推進事業費補助金の事業構成

（注意）；公立分及び公的分が補助対象とならない事業も含まれている（※は公立分が対象外）。

（目）医療提供体制推進事業費補助金	30,602,739 千円

1　救急医療等対策（運営費）
小児救急電話相談事業、小児救急医療支援事業、小児救急医療拠点病院運営事業、※救命救急センター運営事業、ドクターヘリ導入促進事業、救急医療情報センター運営事業、新 消防法一部改正に伴う受入困難事案患者受入医療機関支援事業、総合周産期母子医療センター運営事業、新 新生児医療担当医（新生児科医）確保支援事業、新 地域療育支援施設（仮称）、新 日中一時支援事業　等

2　看護職員確保対策等（運営費）
※病院内保育所運営事業、新 新人看護職員研修事業、新 助産師活用推進事業、新 短時間正規雇用等看護職員の多様な勤務形態導入支援事業、新 外国人看護師候補者就労支援対策事業、潜在看護職員復職研修事業、協働推進研修事業、看護職員資質向上推進事業、新 在宅歯科医療連携室整備事業　等

3　地域医療確保等対策（運営費）
医療連携体制推進事業、女性医師等就労支援事業、医療推進支援センター事業
産科医等確保支援事業、医師派遣等推進事業、在宅医療推進支援事業　等

4　医療提供体制設備整備費

Ⅴ　医療提供体制設備整備費の事業区分補助対象

➢統合補助金の事業については、前項の「Ⅳ　医療提供体制推進事業費補助金の事業構成」で説明したところであるが、「4　医療提供体制設備整備費」はさらに細分化された事業区分（いわゆるメニュー事業）が補助対象となる。

補助対象事業区分		
※休日夜間急患センター	※人工腎臓不足地域	NBC災害・テロ対策設備
※病院群輪番制病院	※小児医療施設	※内視鏡訓練施設設備
※共同利用型病院	※周産期医療施設	※小児科・産科連携病院等病床転換設備
※救命救急センター	※看護師等養成所初度設備	※小児初期救急センター設備
※高度救命救急センター	※看護師等養成所教育環境改善	※院内助産所・助産師外来設備
※小児救急医療拠点病院	※理学療法士等養成所初度設備	医療機関アクセス支援車
※小児救急遠隔医療設備	※院内感染対策設備	在宅訪問歯科診療設備
※がん診療施設	※基幹災害医療センター	新地域療育支援施設（仮称）設備
※医学的リハビリテーション施設	※地域災害医療センター	新小児集中治療室
※共同利用施設（高額医療機器）	※歯科衛生士養成所初度設備	
※ＨＬＡ検査センター	環境調整室	

Ⅵ　補助率 等

➢ 補助率　1/2　1/3　定額（10/10）

➢ 交付先　都道府県、市町村、公的団体、民間事業者

医療施設等 設備 整備費補助金の概要

Ⅰ 予算額

平成22年度予算案

830,504千円

Ⅱ 要旨

へき地・離島の住民に対する医療の確保など、国が特に責任を果たしていく必要があることから、離島を含むへき地に所在する医療施設等に対する補助制度は従前のとおり存続させるもの。

Ⅲ 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》（事業実施主体）	補助率
へき地医療拠点病院（公立・公的・民間）	1/2
へき地診療所（公立・公的・民間）	1/2、3/4
へき地患者輸送車（艇）（都道府県・市町村）	1/2
へき地巡回診療車（船）（公立・公的・民間）	1/2
離島歯科巡回診療用設備（都道府県）	1/2
過疎地域等特定診療所（都道府県・市町村）	1/2
へき地保健指導所（都道府県・市町村）	1/3、1/2
へき地・離島診療支援システム（公立・公的・民間）	1/2
沖縄医療施設（公立・公的）	3/4
奄美群島医療施設（都道府県）	1/2
地域医療充実のための遠隔医療設備（公立・公的・民間）	1/2
臨床研修病院支援システム（公的・民間）	1/2
離島等患者宿泊施設設備（公立・公的・民間）	1/3
産科医療機関設備（公立・公的・民間）	1/2
㊗新死亡時画像診断システム設備（公立・公的・民間）	1/2

医療施設等 施設 整備費補助金の概要

Ⅰ 予算額

平成22年度予算案
451,386千円

Ⅱ 要旨

へき地・離島の住民に対する医療の確保など、国が特に責任を果たしていく必要があることから、離島を含むへき地に所在する医療施設等に対する補助制度は従前のとおり存続させるもの。

Ⅲ 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》 （事業実施主体）	補助率
へき地医療拠点病院（公立・公的・民間）	1/2
へき地診療所（公立・公的・民間）	1/2
過疎地域等特定診療所（都道府県・市町村）	1/2
へき地保健指導所（都道府県・市町村）	1/3、1/2
研修医のための研修施設（民間）	1/2
臨床研修病院（民間）	1/2
医師臨床研修病院研修医環境整備（民間）	1/3
産科医療機関（公立・公的・民間）	1/3
離島等患者宿泊施設（公立・公的・民間）	1/3
㊂死亡時画像診断システム施設（公立・公的・民間）	1/2

医療施設運営費等補助金の概要

Ⅰ　予算額

平成22年度予算案
2,508百万円

Ⅱ　要旨

離島、山村等の医療に恵まれない地域住民の医療の確保、地域住民の救急医療の確保、国又は独立行政法人国立病院機構から資産の譲渡を受けて開設される医療機関の運営の安定化、医療施設の耐震診断の実施による安全性の向上等に必要な経費の補助を行うもの。

Ⅲ　事業構成

※は公立分が補助対象とならない事業

(項)医療提供体制確保対策費 (目)医療施設運営費等補助金	2,508,157千円

１　へき地保健医療対策事業

へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所、へき地巡回診療車（船）、離島巡回診療ヘリ、へき地保健指導所等の運営事業、へき地診療所等医師支援事業

２　救急医療対策事業

救急医療支援センター運営事業、救急医療トレーニングセンター運営事業、ドクターヘリ夜間搬送モデル事業

３　※医療施設耐震化促進事業

４　地域医療確保支援事業

産科医療機関確保事業

５　災害医療対策事業

災害医療調査ヘリコプター運営事業、(新)災害医療チーム（DMAT）事務局経費、(新)災害医療チーム（DMAT）訓練補助金、災害拠点病院等活動費

６　医療機関未収金対策支援事業

Ⅳ　補助率 等

- 補助率　　3/4　2/3　5.5/10 1/2　1/3　定額
- 交付先　　都道府県、市町村、公的団体、民間事業者

7. 都道府県医療対策協議会の開催状況

都道府県	協議会等の名称	開催回数	20年度実績	21年度実績	参画者数	内訳(注1) ①特定	②地域	③公的	④臨床	⑤学識	⑥大学等	⑦社会	⑧国病	⑨団体	⑩市町村	⑪住民	⑫都道府県	⑬その他	取組例(注2)									
北海道	北海道医療対策協議会	3	3	0	0																							
青　森	青森県地域医療対策協議会	2	1	1	20	1	2	1	4	1	2		1	3	3	1	1											
岩　手	岩手県地域医療対策協議会	4	2	2	16			1	1	2	3			2	3	1	3					④		⑥				⑩
宮　城	宮城県地域医療推進委員会	0	0	0	20	1	1	3	2	4	1		1	5	1	1												
秋　田	秋田県地域医療対策協議会	4	2	2	19	1	1	3	2	3	2		1	3	1	1	1		①	②								⑩
山　形	山形県医療対策協議会	0	0	0	0																							
福　島	福島県地域医療対策協議会	4	3	1	16		1	4			1		1	3	2	2	2			②		④	⑤	⑥				⑩
茨　城	医療対策協議会(仮称)	3	2	1	16		1	3	1	2	3		1	2			3			②	③			⑥			⑨	
栃　木	栃木県医療対策協議会	1	1	0	21				10	2	2			3	1	1	2											
群　馬	群馬県保健医療対策協議会	7	3	4	26	2	1	2		4	1		1	3		2	3	7	①	②	③		⑤				⑨	⑩
埼　玉	埼玉県医療対策協議会	17	10	7	17	1	1	3	1	4	1		1		3			2	①		③			⑥				⑩
千　葉	医療審議会医療対策部会	2	1	1	13	1		2	1	3	1			3		2												
東　京	地域医療対策協議会	8	4	4	25	1	1	1	1	2	1		1	4	3	2	3	5			③						⑨	
神奈川	神奈川県医療対策協議会	5	3	2	18		1	2(3)	2	1(3)	4		1	2	2	2		4	①	②	③	④				⑧	⑨	⑩
新　潟	医師確保・へき地医療支援会議	7	4	3	17		2	4	1		3			5	1		1					④				⑧	⑨	⑩
富　山	富山県医療対策協議会	1	1	0	25	1	2	6	7	3	1		1	8	2	2		1										
石　川	地域医療対策協議会	3	1	2	24			2		6	3	1	1	4	2	4		1	①	②	③	④	⑤	⑥		⑧	⑨	⑩
福　井	福井県地域医療対策協議会	2	1	1	14	1	2	4	1	1	1		1		2	1			①	②		④		⑥	⑦			⑩
山　梨	山梨県医療対策協議会	2	1	1	14			3			2			4		2	2	1										
長　野	長野県地域医療対策協議会	2	1	1	15	1			2	2	2			3	2	2	1					④		⑥		⑧		⑩
岐　阜	岐阜県地域医療対策協議会	4	2	2	35	1	2	3	2	4	2	1		5	6	8		1				④	⑤	⑥			⑨	⑩
静　岡	医療対策協議会	6	4	2	17		1	4	3	1	1		1	1	2	2		1	①	②	③	④	⑤					⑩
愛　知	愛知県医療審議会医療対策部会	5	3	2	13						4			5	2	1		1		②	③			⑥		⑧		⑩
三　重	医療審議会地域医療対策部会	5	2	3	15		1	3		2	3			1	2	2	1		①	②	③	④	⑤	⑥				⑩
滋　賀	滋賀県地域医療対策協議会	2	0	2	24	1	3	3	2	5	2				2	2	2	2	①			④	⑤	⑥		⑧	⑨	⑩
京　都	京都府医療対策協議会	2	2	0	30	2	2	2	2		6		2	6	4		4		①		③	④	⑤	⑥			⑨	⑩
大　阪	大阪府医療対策協議会	5	2	3	12			2			5			3	1	1												⑩
兵　庫	医療審議会地域医療対策部会	4	1	3	11			3			2			2		3		1		②		④		⑥		⑧		⑩
奈　良	奈良県地域医療等対策協議会	4	3	1	30	3	3	2		2	4			6	2		1	7		②	③	④	⑤		⑦			⑩
和歌山	地域保健医療協議会医療対策特別委員会	2	1	1	12			3			1		1	5		1		1	①	②		④	⑤	⑥			⑨	⑩
鳥　取	鳥取県地域医療対策協議会	3	1	2	15	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2			①	②		④	⑤	⑥		⑧	⑨	⑩
島　根	島根県地域医療支援会議	5	2	3	25	2	3	13(15)	0(8)	2	0(2)	2	0(1)	1	1(6)	1			①	②				⑥				⑩
岡　山	岡山県医療対策協議会	4	2	2	16			2	2	1	2		1	3	2	1	2				③	④		⑥			⑨	⑩
広　島	広島県地域保健対策協議会	2	2	0			今後委員を選定し、開催する予定																					
山　口	山口県医療対策協議会	4	2	2	20	1	1	5	1	3	1		1	3	1	3			①			④			⑦	⑧		
徳　島	徳島県地域医療対策協議会	7	5	2	22			3			6		1	6	3		3		①					⑥				
香　川	香川県医療対策協議会	0	0	0	9	1		1		4					2	1			①	②	③	④	⑤					
愛　媛	愛媛県保健医療対策協議会	0	0	0	21	1	1		3	1			1	6	2	4		2										
高　知	高知県医療審議会医療従事者確保推進部会	4	1	3	12		1	3		1	1			3	2	1						④		⑥				⑩
福　岡	福岡県医療対策協議会	2	1	1	15	4	1	1					1	5	1	1	1			②								
佐　賀	佐賀県医療審議会地域医療対策部会	3	2	1	14	1	1	1	1	1			1	5	1	2									⑦		⑨	⑩
長　崎	長崎県保健医療対策協議会	2	1	1	19	1	1	2		4	1		1	4	2	1	2		①	②	③	④	⑤	⑥			⑨	⑩
熊　本	熊本県医療対策協議会	3	1	2	23	1	2	5	1	3	2		1	4	2	2			①	②	③	④						⑩
大　分	大分県地域医療対策協議会	3	0	3	22	1	3	6	5	2	1		1	1	1	1				②	③	④	⑤	⑥				
宮　崎	宮崎県地域医療対策協議会	2	1	1	10			3			2			1	2	1	1											
鹿児島	地域医療対策協議会	2	2	0	0																							
沖　縄	沖縄県地域医療対策協議会	2	0	2	17	1	1	1	3	2	4		1	1	2	1				②				⑥			⑨	⑩
																		計	18	21	16	23	14	22	4	9	15	28

（注1）【次に掲げる者の管理者その他関係者】
①特定機能病院　②地域医療支援病院　③公的医療機関　④臨床研修病院　⑤診療に関する学識経験者の団体　⑥大学その他の医療従事者の養成に関係する機関　⑦社会医療法人　⑧独立行政法人国立病院機構　⑨地域の医療関係団体　⑩関係市町村　⑪地域住民を代表する団体　⑫都道府県　⑬その他
なお、参画者数の(　)書きは重複計上の場合の数である。

（注2）取組例 ... 各都道府県が行っている様々な取組の中でも、特に医療対策協議会の協議に基づく次のような内容に係る実績（協議予定、協議中及び実施予定を含む）
【凡例】①医師数並びに地域にどれだけの医療に対するニーズの現状分析　②医療提供体制に支障が生じている医療機関についての対応並びに医療機関の機能分化・重点化・効率化と連携の推進　③中・長期的な効率的な医療提供体制のあり方について　④地域医療を担う医師の教育体制　⑤医師の定着に向けた地域の受入体制　⑥医師派遣（紹介）　⑦各大学における医師派遣（紹介）窓口の一元化等　⑧ドクターバンクの創設・拡充　⑨大学医学部における地域を指定した入学者選抜（地域枠）の導入・拡充　⑩卒後一定期間地元勤務を条件とする医学部生等に対する奨学金貸与制度の導入・拡充

※　地域医療再生計画の協議のみの開催については含めないでください。

８. 医療従事者と患者・家族等の協働に関する取組例

①　県立柏原病院の小児科を守る会（兵庫県）の例

②　「知ろう！小児医療　守ろう！子ども達」の会（東京都）の例

『知ろう！小児医療　守ろう！子ども達』の会
目指すこと

- 「全ての親が、子どもの**病気について**の**知識**を持ち、**納得できる医療**をうけられる社会」

子どもの命を守るために・・・

- 「医師の**労働環境の改善**」

http://plaza.rakuten.co.jp/iryo000/

『知ろう！小児医療　守ろう！子ども達』の会

③　NPO法人ささえあい医療人権センターCOML（大阪府）の例

④　愛知県岡崎市の例

適正な受診及び利用へ向けての主な協議会事業

○子どもの急病！ガイドブックの発行

休日や夜間など、病院や診療所が休みの時に、急にお子さんの具合が悪くなったら

・どうすればよいのか
・誰に相談したらよいか
・今すぐに救急医療機関へ行くべきか
・明日まで待つべきか

迷うことはないでしょうか。
このことを解決するひとつの方法として、平成17年3月
に初版を発行し、平成18年3月に改訂版を発行しました。

http://www.city.okazaki.aichi.jp/YAKUSHO/ka3400/ka501.htm

9 都道府県別医療法人数

平成２１年３月３１日現在

都道府県名	医療法人（総数）					出資額限度法人（再掲）	基金拠出型法人（再掲）	特定医療法人（再掲）			特別医療法人（再掲）			社会医療法人（再掲）			厚生労働大臣所管法人（再掲）					一人医師医療法人（再掲）設立認可件数			備考
	総数	財団	社団					総数	財団	社団	総数	財団	社団	総数	財団	社団	総数	財団	社団			総数	医科	歯科	
			総数	持分有	持分無														総数	持分有	持分無				
1 北海道	2,342	5	2,337	2,229	108	26	10	32		32	7		7	4		4	5		5	5		1,811	1,319	492	・一人医師医療法人設立認可
2 青森	338	4	334	326	8	2	6				1		1	1		1	1		1	1		279	226	53	件数の推移
3 岩手	310	3	307	292	15	2	3	4	1	3							4		4	4		244	200	44	昭和61年12月末 179件
4 宮城	716	9	707	677	30	2	26	4		4	1		1				6	1	5	4	1	570	501	69	昭和62年 3月末 320件
5 秋田	314	4	310	302	8	8	2	4		4				1		1	2		2	2		239	184	55	昭和62年12月末 723件
6 山形	426	2	424	417	7	6	5	2		2							2		2	2		376	314	62	昭和63年 3月末 815件
7 福島	767	3	764	734	30	3	10	8	1	7				1	1		12		12	12		670	585	85	昭和63年12月末 1,557件
8 茨城	786	2	784	756	28		9	5	1	4	1		1				23		23	21	2	563	476	87	平成元年 3月末 2,417件
9 栃木	706	3	703	672	31	3	21	7		7	1		1	1		1	15		15	15		545	480	65	平成元年12月末 6,620件
10 群馬	720	3	717	686	31	12	25	6		6	1		1				2		2	2		602	514	88	平成 2年 3月末 7,218件
11 埼玉	2,058	17	2,041	1,955	86	9	73	12	1	11	1		1				63		63	63		1,714	1,319	395	平成 2年12月末 9,451件
12 千葉	1,590	10	1,580	1,497	83	3	67	11		11	1		1				59	2	57	55	2	1,327	995	332	平成 3年 3月末 9,881件
13 東京	4,771	102	4,669	4,290	379	19	97	19	7	12	4	1	3				247	9	238	230	8	4,147	2,965	1,182	平成 3年12月末 11,296件
14 神奈川	2,600	41	2,559	2,426	133	5	107	23	7	16	1		1				61	4	57	56	1	2,204	1,645	559	平成 4年 3月末 11,597件
15 新潟	889	8	881	849	32	6	27	9	2	7	1		1				7		7	7		800	656	144	平成 4年12月末 13,205件
16 富山	256	6	250	244	6	2	2	4	2	2							4		4	4		185	140	45	平成 5年 3月末 13,822件
17 石川	408	6	402	396	6	5		2	1	1				1	1		6		6	6		344	267	77	平成 5年12月末 15,665件
18 福井	291	4	287	278	9		1	6	2	4	2		2									231	187	44	平成 6年 3月末 15,935件
19 山梨	211	3	208	198	10	2		5	1	4							3		3	1	2	165	142	23	平成 6年12月末 17,322件
20 長野	633	8	625	611	14	2	7	6	4	2	2	1	1	1	1		7		7	6	1	601	498	103	平成 7年 3月末 17,828件
21 岐阜	636		636	611	25	4	7	9		9	2		2	2		2	4		4	4		506	427	79	平成 7年12月末 19,008件
22 静岡	1,209	2	1,207	1,184	23	4	20	2		2							17		17	16	1	1,083	956	127	平成 8年 3月末 19,545件
23 愛知	1,736	9	1,727	1,682	45	10	29	19	3	16							31		31	30	1	1,364	1,149	215	平成 8年12月末 20,812件
24 三重	603	1	602	580	22	3	10	6		6	3		3				10		10	10		501	427	74	平成 9年 3月末 21,324件
25 滋賀	381		381	368	13	3	9	3		3				1		1	5		5	5		338	296	42	平成10年 3月末 23,112件
26 京都	837	24	813	788	25	3	16	10	1	9	1	1					11		11	10	1	670	564	106	平成11年 3月末 24,770件
27 大阪	3,407	33	3,374	3,278	96		69	18	3	15	4		4	7		7	48		48	46	2	3,115	2,543	572	平成12年 3月末 26,045件
28 兵庫	1,805	20	1,785	1,733	52	1	32	21	3	18	3		3				16	1	15	15		1,592	1,334	258	平成13年 3月末 27,504件
29 奈良	400	9	391	370	21		18	3	1	2							10	2	8	7	1	310	279	31	平成14年 3月末 28,967件
30 和歌山	389		389	385	4	4	2	2		2	1		1				3		3	3		313	272	41	平成15年 3月末 30,331件
31 鳥取	320	6	314	304	10		5	2	2		1	1		2	1	1	4		4	4		254	198	56	平成16年 3月末 31,664件
32 島根	337	3	334	322	12	2	1	3		3	2	1	1	3	1	2	2		2	2		273	222	51	平成17年 3月末 33,057件
33 岡山	900	1	899	867	32	3	11	20	1	19	2		2	1		1	2		2	2		749	624	125	平成18年 3月末 34,602件
34 広島	1,295	2	1,293	1,258	35	8	16	11	1	10	1		1	1		1	5		5	5		1,112	966	146	平成19年 3月末 36,973件
35 山口	693	3	690	679	11	5	6	5		5	1		1				7		7	7		598	547	51	平成20年 3月末 37,533件
36 徳島	562		562	547	15	1	11	3		3							7		7	7		472	371	101	平成21年 3月末 37,878件
37 香川	458	6	452	444	8	2	4	3	1	2				1	1		4		4	3	1	382	318	64	
38 愛媛	853	5	848	825	23		17	8	4	4	1		1	1		1	2		2	2		723	579	144	
39 高知	376	1	375	364	11	2	1	4		4							3		3	3		260	213	47	
40 福岡	2,402	8	2,394	2,317	77	10	53	20	1	19	5		5	2		2	30	1	29	28	1	1,923	1,670	253	＊一人医師医療法人(再掲)
41 佐賀	367	1	366	349	17		5	11	1	10				1		1	8	1	7	7		280	230	50	欄には、昭和61年９月以前に
42 長崎	772	7	765	747	18	3	9	8	1	7	4	1	3				5	2	3	3		620	516	104	設立された医療法人で、調査
43 熊本	959	1	958	932	26	2	8	13		13	5		5				7		7	6	1	814	669	145	時点において、医師若しくは
44 大分	606	6	600	583	17	7		8	3	5	3		3	1	1		1		1	1		425	369	56	歯科医師が常時３人未満の診
45 宮崎	535	3	532	509	23	3	9	8	1	7				1		1	5		5	5		425	360	65	療所も含まれている。
46 鹿児島	984	2	982	945	37	12	14	9	1	8	4		4				3	1	2	2		802	645	157	
47 沖縄	442		442	428	14	13	4	4		4				2		2	4		4	2	2	357	294	63	
計	45,396	396	45,000	43,234	1,766	222	884	402	58	344	67	6	61	36	7	29	783	24	759	731	28	37,878	30,651	7,227	

10．社会医療法人の認定状況について

平成21年12月1日現在

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	認定年月日	施設の名称 業務の区分
北海道	社会医療法人社団　カレスサッポロ	北海道札幌市中央区 北1条東1－2－3	平成20年7月10日	北光記念病院 救急医療
	社会医療法人　函館渡辺病院	北海道函館市 湯川町1－31－1	平成20年11月1日	函館渡辺病院 精神科救急医療
	社会医療法人　北斗	北海道帯広市 稲田町基線7番地5	平成21年3月1日	北斗病院 救急医療
	社会医療法人　孝仁会	北海道釧路市 愛国191番212	平成21年3月1日	孝仁会記念病院 救急医療
青森県	社会医療法人　博進会	青森県三戸郡南部町大字 沖田面字千刈36番地2	平成20年12月1日	南部病院 救急医療
秋田県	社会医療法人　明和会	秋田県秋田市南通 みその町3番15号	平成21年2月1日	中通総合病院 救急医療
	社会医療法人　興生会	秋田県横手市 根岸町8番21号	平成21年4月1日	横手興生病院 精神科救急医療
福島県	社会医療法人　福島厚生会	福島県福島市北沢又字 成出16番地の2	平成20年11月1日	福島第一病院 救急医療
	社会医療法人　一陽会	福島県福島市 八島町15番27号	平成21年10月1日	一陽会病院 精神科救急医療
栃木県	社会医療法人　博愛会	栃木県那須塩原市 大黒町2番5号	平成21年1月1日	菅間記念病院 救急医療
	社会医療法人　恵生会	栃木県さくら市 氏家2650番地	平成21年4月1日	黒須病院 救急医療
群馬県	社会医療法人　輝城会	群馬県沼田市 栄町8	平成21年7月1日	沼田脳神経外科循環器科病院 救急医療
東京都	社会医療法人財団　大和会	東京都東大和市 南街1－13－12	平成21年4月1日	東大和病院 救急医療
	社会医療法人社団　健生会	東京都立川市錦町 一丁目16番15号	平成21年9月1日	立川相互病院 救急医療
神奈川県	社会医療法人社団　三思会	神奈川県厚木市 船子232番地	平成21年4月1日	東名厚木病院 救急医療
新潟県	社会医療法人　嵐陽会	新潟県三条市本町 五丁目2番30号	平成21年4月1日	三之町病院 救急医療
	社会医療法人　桑名恵風会	新潟県新潟市東区 河渡甲140番地	平成21年4月1日	桑名病院 救急医療
石川県	社会医療法人財団　董仙会	石川県七尾市 富岡町94番地	平成20年11月1日	恵寿総合病院 救急医療
長野県	社会医療法人財団　慈泉会	長野県松本市 本庄2－5－1	平成20年12月1日	相澤病院 救急医療
	社会医療法人　恵仁会	長野県佐久市 中込三丁目15番地6	平成21年11月1日	菅平高原クリニック へき地医療
	社会医療法人　城西医療財団	長野県松本市 城西1丁目5番16号	平成21年11月1日	城西病院 精神科救急医療
岐阜県	社会医療法人　厚生会	岐阜県美濃加茂市 古井町下古井590	平成20年10月1日	木沢記念病院 救急医療
	社会医療法人　蘇西厚生会	岐阜県羽島郡笠松町 田代185番地の1	平成20年10月1日	松波総合病院 救急医療
愛知県	社会医療法人財団　せせらぎ会	愛知県北設楽郡東栄町 大字三輪字上栗5番地	平成21年4月1日	東栄町国民健康保険東栄病院 へき地医療
	社会医療法人　杏嶺会	愛知県一宮市奥町 字下口西89番地1	平成21年4月1日	一宮西病院 救急医療
	社会医療法人財団　新和会	愛知県安城市 住吉町2丁目2番7号	平成21年4月1日	八千代病院 救急医療
滋賀県	社会医療法人　誠光会	滋賀県草津市 上笠四丁目7番3号	平成20年9月1日	草津総合病院 救急医療 小児救急医療 災害医療
京都府	社会医療法人　岡本病院	京都府京都市伏見区 京町9丁目50番地	平成21年4月1日	第二岡本病院 救急医療
	社会医療法人　西陣健康会	京都府京都市上京区 堀川通今出川上ル 北舟橋町865番地	平成21年4月1日	堀川病院 救急医療
	社会医療法人　和交会	京都府京都市右京区 太秦帷子ノ辻町 30番地	平成21年4月1日	太秦病院 救急医療

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	認定年月日	施設の名称	業務の区分
大阪府	社会医療法人　愛仁会	大阪府大阪市西淀川区 二丁目2番45号	平成21年1月1日	千船病院	救急医療 小児救急医療
				高槻病院	救急医療 小児救急医療 周産期医療
	社会医療法人　協和会	大阪府大阪市北区 天神橋七丁目5番26号	平成21年1月1日	加納総合病院	救急医療
				北大阪病院	救急医療
	社会医療法人　真美会	大阪府大阪市旭区 新森四丁目13番17号	平成21年1月1日	中野こども病院	小児救急医療
	社会医療法人　生長会	大阪府和泉市肥子町 一丁目10番17号	平成21年1月1日	府中病院	救急医療
				ベルランド病院	救急医療 小児救急医療
	社会医療法人　栄公会	大阪府泉佐野市中町 三丁目4番5号	平成21年1月1日	佐野記念病院	救急医療
	社会医療法人　きっこう会	大阪府大阪市西区境川 一丁目2番31号	平成21年1月1日	総合病院多根病院	救急医療
	社会医療法人　ペガサス	大阪府堺市西区浜寺船尾町 東四丁244番地	平成21年1月1日	馬場記念病院	救急医療
	社会医療法人　若弘会	大阪府大阪市浪速区日本橋 四丁目7番17号	平成21年7月1日	若草第一病院	救急医療
和歌山県	社会医療法人　黎明会	和歌山県御坊市湯川町 財部728番地の4	平成21年7月27日	北出病院	救急医療
岡山県	社会医療法人　哲西会	岡山県新見市 哲西町矢田3604	平成21年3月2日	哲西町診療所	へき地医療
	社会医療法人　緑壮会	岡山県真庭市西原63	平成21年12月1日	金田病院	救急医療
広島県	社会医療法人社団　陽正会	広島県福山市 新市町大字新市37番地	平成21年3月1日	寺岡記念病院	救急医療
	社会医療法人 祥和会	広島県福山市沖野上町 三丁目6番28号	平成21年4月1日	脳神経センター大田記念病院	救急医療
	社会医療法人　里仁会	広島県三原市皆実三丁目 3番28号	平成21年9月1日	興生総合病院	救急医療
	社会医療法人　定和会	広島県福山市赤坂町大字 赤坂1313番地	平成21年10月1日	神原病院	救急医療
山口県	社会医療法人　同仁会	山口県下松市 生野屋南1－10－1	平成21年11月1日	周南記念病院	救急医療
鳥取県	社会医療法人　明和会 医療福祉センター	鳥取県鳥取市 東町3丁目307番地	平成20年10月1日	渡辺病院	精神科救急医療
	社会医療法人　仁厚会	鳥取県倉吉市 山根43番地	平成20年10月1日	医療福祉センター倉吉病院	精神科救急医療
島根県	社会医療法人　石州会	島根県鹿足郡吉賀町 六日市368番地4	平成21年1月1日	六日市病院	救急医療
	社会医療法人　清和会	島根県浜田市港町 293－2	平成21年1月1日	西川病院	精神科救急医療
	社会医療法人　昌林会	島根県安来市安来町 899番地1	平成20年11月26日	安来第一病院	精神科救急医療
香川県	社会医療法人財団　大樹会	香川県坂出市 室町三丁目5番28号	平成20年10月1日	総合病院回生病院	災害医療
愛媛県	社会医療法人社団　更生会	愛媛県西条市大町 739番地	平成20年12月1日	村上記念病院	救急医療
	社会医療法人　同心会	愛媛県西条市朔日市804番地	平成21年12月1日	西条中央病院	小児救急医療
	社会医療法人　真泉会	愛媛県今治市宮下町 1丁目1番地21号	平成21年12月1日	第一病院	救急医療

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	認定年月日	施設の名称 業務の区分
福岡県	社会医療法人　大成会	福岡県福岡市早良区 西新1丁目1番35号	平成20年11月1日	福岡記念病院 救急医療
	社会医療法人社団　至誠会	福岡県福岡市博多区 千代2丁目13番19号	平成21年1月1日	至誠会木村病院 救急医療
	社会医療法人　雪の聖母会	福岡県久留米市 津福本町422番地	平成21年4月1日	聖マリア病院 救急医療 災害医療 小児救急医療 周産期医療
	社会医療法人　陽明会	福岡県京都郡苅田町大字新津1598番地	平成21年12月1日	小波瀬病院 救急医療
	社会医療法人　栄光会	福岡県糟屋郡志免町 別府西3丁目8番15号	平成21年12月1日	栄光病院 救急医療
佐賀県	社会医療法人　謙仁会	佐賀県伊万里市 二里町八谷搦13番地5	平成21年1月1日	山元記念病院 救急医療
長崎県	社会医療法人　長崎記念病院	長崎県長崎市深堀町 1丁目11番54	平成21年4月1日	長崎記念病院 救急医療 小児救急医療
大分県	社会医療法人財団　天心堂	大分県大分市大字中戸次字二本木5956番地	平成20年10月8日	天心堂へつぎ病院 救急医療
	社会医療法人　敬和会	大分県大分市西鶴崎 3丁目7番11号	平成21年4月1日	大分岡病院 救急医療
宮崎県	社会医療法人　泉和会	宮崎県日向市鶴町 2丁目9番20号	平成21年1月5日	千代田病院 救急医療
鹿児島県	社会医療法人　聖医会	鹿児島県枕崎市 緑町220番地	平成21年4月1日	サザン・リージョン病院 救急医療
	社会医療法人　緑泉会	鹿児島県鹿児島市 草牟田2丁目29番50号	平成21年4月1日	整形外科米盛病院 救急医療
	社会医療法人　慈生会	鹿児島県枕崎市 白沢北町191番地	平成21年9月1日	ウエルフェア九州病院 精神科救急医療
沖縄県	社会医療法人　かりゆし会	沖縄県中頭郡中城村 字伊集208番地	平成21年3月1日	ハートライフ病院 救急医療
	社会医療法人　敬愛会	沖縄県沖縄市知花 6丁目25番5号	平成21年3月1日	中頭病院 救急医療 小児救急医療
	社会医療法人 仁愛会	沖縄県浦添市 伊祖4丁目16番1号	平成21年10月1日	浦添総合病院 救急医療
大臣所管	社会医療法人　ｼﾞｬﾊﾟﾝﾒﾃﾞｨｶﾙｱﾗｲｱﾝｽ	神奈川県海老名市 河原口1320	平成21年4月1日	海老名総合病院 救急医療 東埼玉総合病院 救急医療
	社会医療法人財団　石心会	神奈川県川崎市幸区 都町39番地1	平成21年11月1日	川崎幸病院 救急医療 狭山病院 救急医療
合計	73 法人			

１１．病院機能評価の状況

都道府県別病院機能評価認定状況一覧

平成21年11月6日

都道府県名	全病院数 a	申請病院数 b	審査終了数 c	認定数 d	申請率(b/a)	認定率(d/b)	認定率(d/c)
北海道	589	147	144	138	24.96%	93.88%	95.83%
青森県	104	22	21	19	21.15%	86.36%	90.48%
岩手県	96	30	29	28	31.25%	93.33%	96.55%
宮城県	146	34	34	30	23.29%	88.24%	88.24%
秋田県	78	18	17	14	23.08%	77.78%	82.35%
山形県	70	25	24	23	35.71%	92.00%	95.83%
福島県	142	45	45	36	31.69%	80.00%	80.00%
茨城県	191	39	37	34	20.42%	87.18%	91.89%
栃木県	111	30	29	25	27.03%	83.33%	86.21%
群馬県	138	50	49	46	36.23%	92.00%	93.88%
埼玉県	353	114	112	102	32.29%	89.47%	91.07%
千葉県	284	73	67	53	25.70%	72.60%	79.10%
東京都	649	227	223	184	34.98%	81.06%	82.51%
神奈川県	347	117	117	105	33.72%	89.74%	89.74%
新潟県	133	53	52	45	39.85%	84.91%	86.54%
富山県	111	27	26	24	24.32%	88.89%	92.31%
石川県	102	40	40	37	39.22%	92.50%	92.50%
福井県	76	24	24	23	31.58%	95.83%	95.83%
山梨県	60	18	17	16	30.00%	88.89%	94.12%
長野県	134	51	50	49	38.06%	96.08%	98.00%
岐阜県	104	40	38	32	38.46%	80.00%	84.21%
静岡県	185	64	62	58	34.59%	90.63%	93.55%
愛知県	332	115	113	107	34.64%	93.04%	94.69%
三重県	106	40	39	37	37.74%	92.50%	94.87%
滋賀県	60	29	27	25	48.33%	86.21%	92.59%
京都府	175	65	62	58	37.14%	89.23%	93.55%
大阪府	540	185	177	166	34.26%	89.73%	93.79%
兵庫県	351	152	152	128	43.30%	84.21%	84.21%
奈良県	75	24	24	24	32.00%	100.00%	100.00%
和歌山県	92	20	20	18	21.74%	90.00%	90.00%
鳥取県	46	17	17	15	36.96%	88.24%	88.24%
島根県	56	22	22	21	39.29%	95.45%	95.45%
岡山県	176	71	71	66	40.34%	92.96%	92.96%
広島県	254	96	91	85	37.80%	88.54%	93.41%
山口県	148	50	46	40	33.78%	80.00%	86.96%
徳島県	119	41	39	38	34.45%	92.68%	97.44%
香川県	95	31	31	27	32.63%	87.10%	87.10%
愛媛県	144	45	43	41	31.25%	91.11%	95.35%
高知県	138	42	41	38	30.43%	90.48%	92.68%
福岡県	468	182	177	161	38.89%	88.46%	90.96%
佐賀県	110	37	37	32	33.64%	86.49%	86.49%
長崎県	164	48	47	42	29.27%	87.50%	89.36%
熊本県	218	78	78	75	35.78%	96.15%	96.15%
大分県	164	52	49	48	31.71%	92.31%	97.96%
宮崎県	143	38	37	35	26.57%	92.11%	94.59%
鹿児島県	272	95	90	87	34.93%	91.58%	96.67%
沖縄県	94	43	41	35	45.74%	81.40%	85.37%
合　計	8,743	2,906	2,828	2,570	33.24%	88.44%	90.88%

※各都道府県の全病院数は、「医療施設動態調査(平成21年8月末概数）」より
※「認定率(d/b)」は対申請数、「認定率(d/c)」は対審査終了数とした。
※更新申請数は含めていない。

平成２１年 ３ 月３０日

厚 生 労 働 省 医 政 局

病院における吹付けアスベスト（石綿）等使用実態調査に係るフォローアップ調査について

Ⅰ．趣　旨

標記使用実態調査について、平成２０年９月１１日の公表以後の進捗状況について取りまとめたもの。

Ⅱ．報告の結果

１．調査回答病院数

《９月公表》　６，３２８病院　→　《今回》　７，１３５病院

２．調査回答病院数の状況

	《 ９月公表 》	《 今 回 》
調査回答病院数	6,328病院（100.0%）	7,135病院（100.0%）
のうち、		
① 吹付けアスベスト（石綿）等がある場所を有する病院	1,335病院（ 21.1%）	1,468病院（20.6%）
② ①のうち、除去等の措置済み状態にある場所を有する病院	660病院（ 10.4%）	735病院（10.3%）
③ ①のうち、石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれのない場所を有する病院	566病院（ 8.9%）	658病院（ 9.2%）
④ ①のうち、石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれのある場所を有する病院	109病院（ 1.7%）	75病院（ 1.1%）
⑤ ④のうち、日常利用する場所を有する病院	３３病院（0.5%）	７病院（0.1%）
うち 措置予定	２８病院	７病院
未　定	５病院	０病院
⑥ ④のうち、日常利用する場所以外の場所を有する病院	７６病院（1.2%）	６８病院（1.0%）
うち 措置予定	４９病院	５６病院
未　定	２７病院	１２病院

３．分析調査中の病院数

《９月公表》　１，０７１病院　→　《今回》　４１８病院

※　吹付けアスベスト（石綿）等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれのある場所を有する 病院については、速やかに除去等法令に基づき適切な措置を講じるよう指導するとと もに、措置を講じるまでの間は、立入禁止、管理上立入る際には防塵マスクの着用義 務化等ばく露を回避するための措置の徹底を指導しました。

さらに、分析調査中の病院については、早期に調査が終了するよう引き続き指導しています。

病院における吹付けアスベスト(石綿)等使用実態調査に係るフォローアップ調査

○ 20年9月公表

	全病院数	調査対象病院数	回答病院数	吹付けアスベスト(石綿)等がある場所を有しない病院数	吹付けアスベスト(石綿)等がある場所を有する病院数(①)	左記(①)のうち、措置済状態にある場所を有する病院数(②)	左記(①)のうち、措置済状態ではないもの		分析調査中の病院数
							損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがない場所を有する病院数(③)	損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を有する病院数(④)	
病　院	8,754	7,564 〈100.0%〉	6,328 (100.0%) 〈83.7%〉	4,993 (78.9%) 〈66.0%〉	1,335 (21.1%) 〈17.6%〉	660 (10.4%) 〈8.7%〉	566 (8.9%) 〈7.5%〉	109 (1.7%) 〈1.4%〉	1,071 〈14.2%〉

○ 今回(21年3月公表)

	全病院数	調査対象病院数	回答病院数	吹付けアスベスト(石綿)等がある場所を有しない病院数	吹付けアスベスト(石綿)等がある場所を有する病院数(①)	左記(①)のうち、措置済状態にある場所を有する病院数(②)	左記(①)のうち、措置済状態ではないもの		分析調査中の病院数
							損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがない場所を有する病院数(③)	損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を有する病院数(④)	
病　院	8,754	7,553 〈100.0%〉	7,135 (100.0%) 〈94.5%〉	5,667 (79.4%) 〈75.0%〉	1,468 (20.6%) 〈19.4%〉	735 (10.3%) 〈9.7%〉	658 (9.2%) 〈8.7%〉	75 (1.1%) 〈1.0%〉	418 〈5.5%〉

【注記事項】

※1．各都道府県からの報告について集計したもの。

※2．「全病院数」とは、各都道府県が把握している病院並びに国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所及び国立病院機構の病院の合計をいい、国立大学法人の病院は含まない数をいう。

※3．「調査対象病院数」とは、各都道府県が把握している、平成8年度以前に竣工(改修工事を含む。)した病院数をいう。

※4．「回答病院数」とは、「調査対象病院数」のうち、吹付けアスベスト(石綿)等が使用されている有無について報告のあった病院数をいう。(分析調査中と回答があったものを除く。)

※5．①欄には、吹付けアスベスト(石綿)等が使用されている場所を有する病院数を記入。

※6．②欄には、①に示すもののうち、「除去」、「封じ込め状態」又は「囲い込み状態」等の措置を行った状態(以下「措置済状態」という。)にある場所を有する病院数を記入。

※7．③欄には、①に示すもののうち、「措置済状態」ではないが、吹付けアスベスト(石綿)等の損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがない場所を有する病院数を記入。

※8．④欄には、①に示すもののうち、「措置済状態」ではなく、吹付けアスベスト(石綿)等の損傷、劣化等による粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を有する病院数を記入。(立入禁止等のばく露を回避するための措置を実施している場合を含む。)

※9．ばく露のおそれがある病院として挙げられるものの中には、患者が利用しない場所も含まれている。

※10．(　　%)は回答病院数に対する率、〈　　%〉は調査対象病院数に対する率を計上。

病院における吹付けアスベスト（石綿）等使用実態調査に係るフォローアップ調査（平成21年3月公表）
【都道府県別】

都道府県別	全病院数	調査対象病院数	回答病院数	吹付けアスベスト（石綿）等がある場所を有しない病院	吹付けアスベスト（石綿）等がある場所を有する病院（①）	左記(①)のうち、措置済状態にある場所を有する病院（②）	左記(①)のうち、措置済状態ではないもの								分析調査中の病院数
							損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがない場所を有する病院（③）	損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を有する病院(④)							
									⑤日常利用する場所			⑥その他の場所			
				病院数	病院数	病院数	病院数	④病院数	病院数	措置予定	未 定	病院数	措置予定	未 定	
北海道	591	501	472	388	84	42	42	0	0	0	0	0	0	0	29
青森県	100	87	85	56	29	14	15	0	0	0	0	0	0	0	2
岩手県	94	83	75	63	12	2	10	0	0	0	0	0	0	0	8
宮城県	140	105	101	72	29	15	12	2	0	0	0	2	2	0	4
秋田県	76	72	72	48	24	18	2	4	0	0	0	4	3	1	0
山形県	67	49	43	32	11	5	5	1	0	0	0	1	1	0	6
福島県	142	133	116	80	36	21	11	4	0	0	0	4	4	0	17
茨城県	188	164	156	121	35	17	15	3	0	0	0	3	3	0	8
栃木県	111	95	91	79	12	6	6	0	0	0	0	0	0	0	4
群馬県	134	113	109	99	10	7	3	0	0	0	0	0	0	0	4
埼玉県	357	305	293	227	66	41	19	6	1	1	0	5	4	1	12
千葉県	272	234	219	179	40	17	20	3	0	0	0	3	3	0	15
東京都	635	487	455	339	116	45	59	12	0	0	0	12	7	5	32
神奈川県	340	283	258	208	50	22	23	5	1	1	0	4	4	0	25
新潟県	132	100	93	80	13	6	7	0	0	0	0	0	0	0	7
富山県	110	82	79	67	12	4	8	0	0	0	0	0	0	0	3
石川県	98	83	74	46	28	12	15	1	0	0	0	1	1	0	9
福井県	75	56	53	40	13	4	9	0	0	0	0	0	0	0	3
山梨県	58	44	41	34	7	3	4	0	0	0	0	0	0	0	3
長野県	131	115	98	67	31	16	12	3	0	0	0	3	3	0	17
岐阜県	101	93	89	70	19	11	5	3	0	0	0	3	1	2	4
静岡県	178	142	136	104	32	21	11	0	0	0	0	0	0	0	6
愛知県	328	266	252	185	67	33	31	3	1	1	0	2	1	1	14
三重県	104	91	85	65	20	8	8	4	1	1	0	3	3	0	6
滋賀県	57	57	56	47	9	3	4	2	0	0	0	2	2	0	1
京都府	170	148	134	96	38	12	26	0	0	0	0	0	0	0	14
大阪府	536	484	448	348	100	44	52	4	0	0	0	4	2	2	36
兵庫県	347	341	316	260	56	20	35	1	0	0	0	1	1	0	25
奈良県	74	63	59	47	12	5	6	1	0	0	0	1	1	0	4
和歌山県	90	76	76	64	12	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0
鳥取県	42	29	25	20	5	2	3	0	0	0	0	0	0	0	4
島根県	55	43	43	37	6	1	3	2	0	0	0	2	2	0	0
岡山県	173	164	153	120	33	21	9	3	0	0	0	3	3	0	11
広島県	248	213	200	164	36	14	21	1	0	0	0	1	1	0	13
山口県	145	132	132	112	20	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0
徳島県	117	100	88	75	13	5	8	0	0	0	0	0	0	0	12
香川県	92	82	79	70	9	6	3	0	0	0	0	0	0	0	3
愛媛県	143	137	131	110	21	11	10	0	0	0	0	0	0	0	6
高知県	138	113	113	100	13	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡県	462	407	386	327	59	32	27	0	0	0	0	0	0	0	21
佐賀県	105	82	81	67	14	6	7	1	0	0	0	1	1	0	1
長崎県	161	161	158	129	29	12	16	1	0	0	0	1	1	0	3
熊本県	212	192	185	160	25	19	6	0	0	0	0	0	0	0	7
大分県	160	142	137	114	23	11	12	0	0	0	0	0	0	0	5
宮崎県	141	113	111	98	13	5	7	1	0	0	0	1	1	0	2
鹿児島県	269	252	240	222	18	6	12	0	0	0	0	0	0	0	12
沖縄県	89	73	73	55	18	9	8	1	0	0	0	1	1	0	0
小 計	8588	7387	6969	5591	1378	652	654	72	4	4	0	68	56	12	418
国立高度専門医療センター	8	8	8	6	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
国立ハンセン病療養所	13	13	13	10	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
独立行政法人国立病院機構	145	145	145	60	85	79	3	3	3	3	0	0	0	0	0
小 計	166	166	166	76	90	83	4	3	3	3	0	0	0	0	0
合 計	8754	7553	7135	5667	1468	735	658	75	7	7	0	68	56	12	418

病院における吹付けアスベスト（石綿）等使用実態調査に係るフォローアップ調査（平成21年3月公表）
【開設者別】

開設者別	全病院数	調査対象病院数	回答病院	吹付けアスベスト（石綿）等がある場所を有しない病院	吹付けアスベスト（石綿）等がある場所を有する病院（①）	左記（①）のうち、措置済状態にある場所を有する病院（②）	左記（①）のうち、措置済状態ではないもの：損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがない場所を有する病院（③）	左記（①）のうち、措置済状態ではないもの：損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を有する病院（④）							分析調査中の病院数
									⑤日常利用する場所			⑥その他の場所			
				病院数	病院数	病院数	病院数	④病院数	病院数	措置予定	未定	病院数	措置予定	未定	
厚生労働省	22	22	22	16	6	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
法務省	6	5	4	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
宮内庁	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
防衛省	17	16	14	10	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	2
独立行政法人	194	188	186	92	94	83	8	3	3	3	0	0	0	0	2
都道府県	267	227	202	150	52	26	23	3	0	0	0	3	2	1	25
市町村	732	625	568	420	148	83	51	14	2	2	0	12	7	5	57
日赤	93	84	82	61	21	9	12	0	0	0	0	0	0	0	2
済生会	79	67	64	57	7	2	3	2	0	0	0	2	1	1	3
厚生連	118	94	90	54	36	21	12	3	0	0	0	3	3	0	4
北社協	6	3	3	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
全社連	48	39	38	28	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1
厚生団	6	5	5	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
船員保険会	3	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
海員掖済会	6	4	3	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
国共連	34	30	29	14	15	7	7	1	0	0	0	1	1	0	1
地共連	10	8	8	5	3	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0
私学事業団	6	4	4	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
健保連	15	13	12	7	5	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1
国保連	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
公益法人	397	341	313	237	76	43	25	8	0	0	0	8	8	0	28
医療法人	5725	4930	4693	3897	796	349	416	31	2	2	0	29	25	4	237
社会福祉法人	195	158	150	116	34	18	15	1	0	0	0	1	1	0	8
その他の法人	128	106	89	52	37	18	16	3	0	0	0	3	3	0	17
生協組合	86	68	64	42	22	12	9	1	0	0	0	1	1	0	4
会社	60	53	51	36	15	6	9	0	0	0	0	0	0	0	2
個人	496	456	435	359	76	33	39	4	0	0	0	4	3	1	21
合　計	8754	7553	7135	5667	1468	735	658	75	7	7	0	68	56	12	418

１３．医師臨床研修について

１．研修医マッチングの結果について

医師臨床研修マッチング協議会が実施した平成21年度研修医マッチングの結果の概要は以下のとおり。

(1) 概要

○マッチングの募集定員　　10,500名（前回 11,292名）
○希望順位登録者数　　8,200名（前回 8,167名）
○マッチ者数　　7,875名（前回 7,858名）
○マッチ率　　96.0%（前回 96.2%）

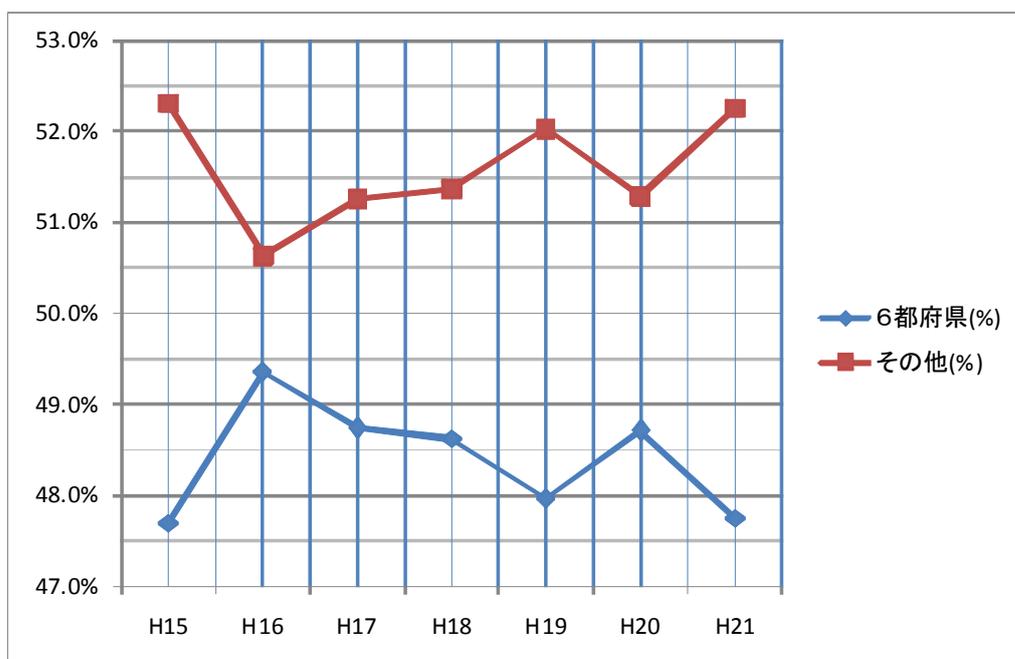
※１　今回のマッチングは、平成２２年度から臨床研修を開始する研修希望者を対象としている。
※２　「マッチ者」とは、今回のマッチングにより研修先の病院が内定した医学生等。

(2) 地域別の状況

○都市部の６都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）以外のマッチ者の割合は、前回減少したが再び増加に転じ、52.3%となって制度導入時の水準に戻った。

※　19年度マッチング 52.0%　→　20年度マッチング 51.3%　→　21年度マッチング 52.3%

臨床研修病院等のマッチング結果（地域別）の推移

	H15 (H 16 研修)	H16 (H 17 研修)	H17 (H 18 研修)	H18 (H 19 研修)	H19 (H 20 研修)	H20 (H 21 研修)	H21 (H 22 研修)
6都府県(%)	47.7%	49.4%	48.7%	48.6%	48.0%	48.7%	47.7%
その他(%)	52.3%	50.6%	51.3%	51.4%	52.0%	51.3%	52.3%
全体	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875
6都府県	3,699	3,949	3,948	3,936	3,852	3,828	3,760
その他	4,057	4,051	4,152	4,158	4,178	4,030	4,115

※マッチ者数が増加した主な県

	19年度マッチング		20年度マッチング		21年度マッチング	
山　形　県	63名	→	65名	→	82名	（+　17名）
富　山　県	50名	→	40名	→	61名	（+　21名）
石　川　県	88名	→	74名	→	112名	（+　38名）
福　井　県	59名	→	49名	→	73名	（+　24名）
鹿児島県	74名	→	67名	→	83名	（+　16名）

※６都府県の状況

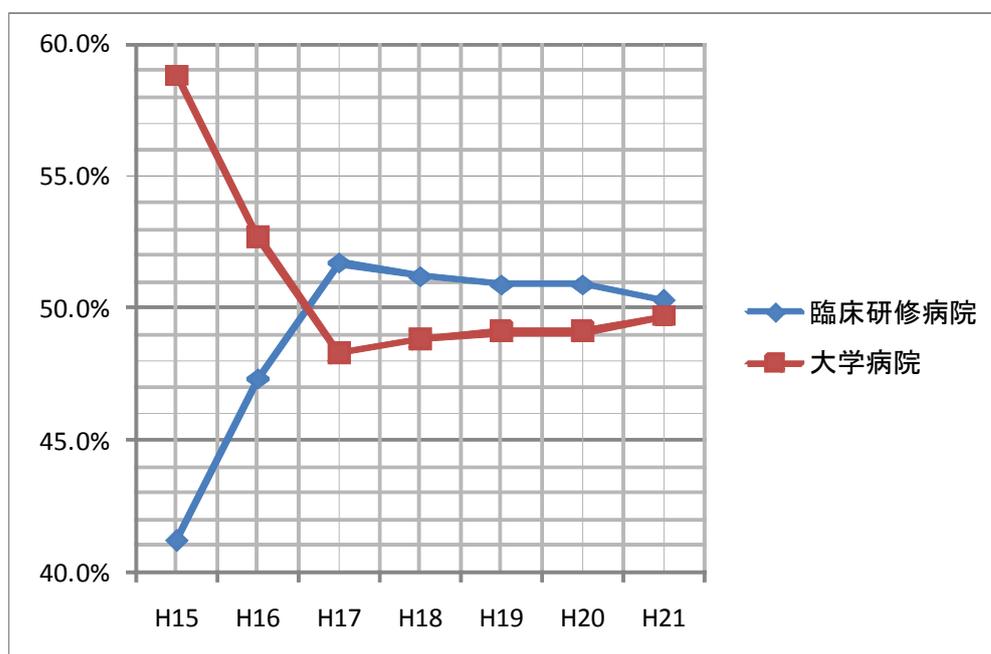
	19年度マッチング		20年度マッチング		21年度マッチング	
東　京　都	1,371名	→	1,385名	→	1,351名	（▲　34名）
神奈川県	598名	→	601名	→	596名	（▲　5名）
愛　知　県	497名	→	510名	→	515名	（+　5名）
京　都　府	288名	→	268名	→	251名	（▲　17名）
大　阪　府	644名	→	604名	→	601名	（▲　3名）
福　岡　県	454名	→	460名	→	446名	（▲　14名）

(3) 大学病院と臨床研修病院別の状況

○大学病院のマッチ者と臨床研修病院のマッチ者の数は、前年度よりも差が縮まり、ほぼ同数となった。

※	19年度マッチング		20年度マッチング		21年度マッチング
大学病院	49.1%	→	49.1%	→	49.7%
臨床研修病院	50.9%	→	50.9%	→	50.3%

臨床研修病院等のマッチング結果（臨床研修病院・大学病院別）の推移

	H15 (H16研修)	H16 (H17研修)	H17 (H18研修)	H18 (H19研修)	H19 (H20研修)	H20 (H21研修)	H21 (H22研修)
臨床研修病院(%)	41.2%	47.3%	51.7%	51.2%	50.9%	50.9%	50.3%
大学病院(%)	58.8%	52.7%	48.3%	48.8%	49.1%	49.1%	49.7%
臨床研修病院	3,193	3,784	4,184	4,148	4,087	3,999	3,959
大学病院	4,563	4,216	3,916	3,946	3,943	3,859	3,916
合計	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875

2. 都道府県別研修医マッチ者数等
（参加病院の所在地による全国分布）

都道府県	平成15年度採用実績 ①	平成20年度マッチ者数②	平成21年度マッチ者数③	増減③－②	増減③－①
北　海　道	288	294	276	△ 18	△ 12
青　森　県	56	59	62	3	6
岩　手　県	38	74	74	0	36
宮　城　県	88	122	109	△ 13	21
秋　田　県	61	73	65	△ 8	4
山　形　県	56	65	82	17	26
福　島　県	79	73	72	△ 1	△ 7
茨　城　県	85	111	104	△ 7	19
栃　木　県	119	110	117	7	△ 2
群　馬　県	119	84	77	△ 7	△ 42
埼　玉　県	118	183	183	0	65
千　葉　県	268	276	289	13	21
東　京　都	1,707	1,385	1,351	△ 34	△ 356
神　奈　川　県	404	601	596	△ 5	192
新　潟　県	89	94	92	△ 2	3
富　山　県	59	40	61	21	2
石　川　県	95	74	112	38	17
福　井　県	48	49	73	24	25
山　梨　県	54	48	49	1	△ 5
長　野　県	104	111	125	14	21
岐　阜　県	116	93	102	9	△ 14
静　岡　県	109	161	158	△ 3	49
愛　知　県	436	510	515	5	79
三　重　県	77	90	86	△ 4	9
滋　賀　県	83	79	67	△ 12	△ 16
京　都　府	411	268	251	△ 17	△ 160
大　阪　府	689	604	601	△ 3	△ 88
兵　庫　県	310	305	323	18	13
奈　良　県	101	72	80	8	△ 21
和　歌　山　県	68	75	75	0	7
鳥　取　県	51	29	25	△ 4	△ 26
島　根　県	30	47	31	△ 16	1
岡　山　県	146	155	152	△ 3	6
広　島　県	181	139	151	12	△ 30
山　口　県	93	69	82	13	△ 11
徳　島　県	68	57	55	△ 2	△ 13
香　川　県	50	59	60	1	10
愛　媛　県	65	65	57	△ 8	△ 8
高　知　県	47	40	46	6	△ 1
福　岡　県	546	460	446	△ 14	△ 100
佐　賀　県	58	52	49	△ 3	△ 9
長　崎　県	105	73	85	12	△ 20
熊　本　県	115	107	96	△ 11	△ 19
大　分　県	54	61	62	1	8
宮　崎　県	50	48	38	△ 10	△ 12
鹿　児　島　県	91	67	83	16	△ 8
沖　縄　県	81	147	130	△ 17	49
	8,166	7,858	7,875	17	△ 291

３. 臨床研修医在籍状況の推移

区分	平成15年度		平成16年度				平成17年度			
	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,193	41.2	3,262	44.2	3,784	47.3	3,824	50.8
大学病院	5,923	72.5	4,563	58.8	4,110	55.8	4,216	52.7	3,702	49.2
計	8,166	100.0	7,756	100.0	7,372	100.0	8,000	100.0	7,526	100.0

平成18年度				平成19年度			
マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
4,184	51.7	4,266	55.3	4,148	51.2	4,137	54.7
3,916	48.3	3,451	44.7	3,946	48.8	3,423	45.3
8,100	100.0	7,717	100.0	8,094	100.0	7,560	100.0

平成20年度				平成21年度			
マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
4,087	50.9	4,144	53.6	3,999	50.9	4,069	53.2
3,943	49.1	3,591	46.4	3,859	49.1	3,575	46.8
8,030	100.0	7,735	100.0	7,858	100.0	7,644	100.0

※　研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べ

※※　マッチ結果については、マッチング未参加者（自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等）を含まない

４. 都道府県別研修医在籍状況推移

都道府県	平成１５年度 採用実績 ①	平成２０年度 採用実績 ②	増 減 ②－①	平成２１年度 採用実績 ③	増 減 ③－②	増 減 ③－①
北 海 道	288	313	25	290	△ 23	2
青 森 県	56	63	7	62	△ 1	6
岩 手 県	38	66	28	74	8	36
宮 城 県	88	115	27	113	△ 2	25
秋 田 県	61	63	2	75	12	14
山 形 県	56	60	4	62	2	6
福 島 県	79	76	△ 3	70	△ 6	△ 9
茨 城 県	85	119	34	110	△ 9	25
栃 木 県	119	126	7	110	△ 16	△ 9
群 馬 県	119	80	△ 39	82	2	△ 37
埼 玉 県	118	214	96	204	△ 10	86
千 葉 県	268	283	15	270	△ 13	2
東 京 都	1,707	1,338	△ 369	1,358	20	△ 349
神 奈 川 県	404	584	180	586	2	182
新 潟 県	89	70	△ 19	100	30	11
富 山 県	59	54	△ 5	38	△ 16	△ 21
石 川 県	95	86	△ 9	75	△ 11	△ 20
福 井 県	48	49	1	45	△ 4	△ 3
山 梨 県	54	51	△ 3	46	△ 5	△ 8
長 野 県	104	106	2	109	3	5
岐 阜 県	116	95	△ 21	88	△ 7	△ 28
静 岡 県	109	160	51	163	3	54
愛 知 県	436	446	10	493	47	57
三 重 県	77	75	△ 2	83	8	6
滋 賀 県	83	85	2	80	△ 5	△ 3
京 都 府	411	274	△ 137	263	△ 11	△ 148
大 阪 府	689	613	△ 76	578	△ 35	△ 111
兵 庫 県	310	319	9	289	△ 30	△ 21
奈 良 県	101	78	△ 23	70	△ 8	△ 31
和 歌 山 県	68	74	6	72	△ 2	4
鳥 取 県	51	30	△ 21	29	△ 1	△ 22
島 根 県	30	37	7	49	12	19
岡 山 県	146	150	4	153	3	7
広 島 県	181	142	△ 39	141	△ 1	△ 40
山 口 県	93	57	△ 36	62	5	△ 31
徳 島 県	68	49	△ 19	54	5	△ 14
香 川 県	50	64	14	58	△ 6	8
愛 媛 県	65	68	3	62	△ 6	△ 3
高 知 県	47	38	△ 9	35	△ 3	△ 12
福 岡 県	546	434	△ 112	437	3	△ 109
佐 賀 県	58	58	0	47	△ 11	△ 11
長 崎 県	105	68	△ 37	70	2	△ 35
熊 本 県	115	98	△ 17	99	1	△ 16
大 分 県	54	54	0	53	△ 1	△ 1
宮 崎 県	50	45	△ 5	44	△ 1	△ 6
鹿 児 島 県	91	68	△ 23	54	△ 14	△ 37
沖 縄 県	81	140	59	139	△ 1	58
計	8,166	7,735	△ 431	7,644	△ 91	△ 522

※　採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ

５．医師臨床研修費補助金について

必修化された臨床研修において、研修医が適切な指導体制の下で研修を実施するための経費として、研修病院の開設者に直接補助している。

○　平成２２年度予算案１６２億円（２１年度１６１億円）
（公・私立の大学病院、臨床研修病院を対象）

○　内　容

教育指導経費　１６２億円（２１年度１６１億円）
- 指導医の確保
- プログラム責任者（副院長クラス）の配置
- 研修管理委員会の設置
- 研修医物件費
- 医師不足地域及び産婦人科・小児科宿日直研修　等

（参考）

	平成１７年度予算額	平成１８年度予算額	平成１９年度予算額	平成２０年度予算額	平成２１年度予算額	平成２２年度予算案
合　計	１８２億円	１７０億円	１６２億円	１６１億円	１６１億円	１６２億円
教育指導経費	１３５億円	１４２億円	１５６億円	１６１億円	１６１億円	１６２億円
導入円滑化特別加算	４７億円	２８億円	６億円	－	－	－

【補助先】公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院
【補助率】定額

１４．医療従事者数等

資　　格　　名	従　事　者　数	１　学　年　定　員
医　　　　　師	２８６，６９９	８，４８６
歯　科　医　師	９９，４２６	２，６２４
保　　健　　師	４８，２４６	１４，６５３
助　　産　　師	２７，９２７	９，１２０
看　　護　　師	８８２，８１９	５６，６０９
准　看　護　師	４１１，２７２	１２，８５３
歯　科　衛　生　士	９６，４２２	８，６２２
歯　科　技　工　士	３５，３３７	２，４８３
診療放射線技師	６５，４７１	２，３０６
理　学　療　法　士	６５，６００	１３，１５５
作　業　療　法　士	４２，３５７	７，４８０
臨　床　検　査　技　師	１６６，５６４	１，６９４
衛　生　検　査　技　師	１３５，２２３	――
視　能　訓　練　士	８，１３８	１，１７３
臨　床　工　学　技　士	２４，５４８	２，２９５
義　肢　装　具　士	３，４３０	２８３
救　急　救　命　士	３５，５２４	２，７５５
言　語　聴　覚　士	１４，３２９	２，６５６
あん摩マッサージ指圧師	１０１，９１３	２，８６０
は　　り　　師	８６，２０８	７，８６９
き　ゅ　う　師	８４，６２９	７，８６９
柔　道　整　復　師	４３，９４６	９，２０５

（注）１．従事者数

（１）医師、歯科医師は平成２０年末の届出数（「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（２）保健師、助産師、看護師及び准看護師は平成１９年末現在の従事者数（「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」及び「衛生行政業務報告」による推計）

（３）歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師は平成２０年末の従事者数（「衛生行政業務報告」）

（４）その他は平成２０年末の免許取得者数である。

２．１学年定員

（１）医師、歯科医師は平成２１年の募集人員である。

（２）保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士、歯科技工士は平成２０年の１学年定員である。

（３）その他は平成２１年の１学年定員である。

１５．医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（通知）

医政発第１２２８００１号
平成１９年１２月２８日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。また、看護師等の医療関係職については、その専門性を発揮できていないとの指摘もなされている。

良質な医療を継続的に提供していくためには、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係職、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法（昭和２３年法律第２０１号）等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要である。

このため、今般、医師等でなくても対応可能な業務等について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、今後も、各医療機関からの要望や実態を踏まえ、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での役割分担の具体例について、適宜検討を行う予定であることを申し添える。

記

１．基本的考え方

各医療機関においては、良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである。

以下では、関係職種間の役割分担の一例を示しているが、実際に各医療機関において適切な役割分担の検討を進めるに当たっては、まずは当該医療機関における実情（医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安全・安心な医療を提供するために必要な医師の事前の指示、直接指示のあり方を含め具体的な連携・協力方法を決定し、関係職種間での役割分担を進めることにより、良質な医療の提供はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

２．役割分担の具体例

（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

１）　書類作成等

書類作成等に係る事務については、例えば、診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、①から③に示すとおり、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

ただし、医師や看護師等の医療関係職については、法律において、守秘義務が規定されていることを踏まえ、書類作成における記載等を代行する事務職員については、雇用契約において同趣旨の規定を設けるなど個人情報の取り扱いについては十分留意するとともに、医療の質の低下を招かないためにも、関係する業務について一定の知識を有した者が行うことが望ましい。

他方、各医療機関内で行われる各種会議等の用に供するための資料の作成など、必ずしも医師や看護師等の医療関係職の判断を必要としない書類作成等に係る事務についても、医師や看護師等の医療関係職が行っていることが医療現場における効率的な運用を妨げているという指摘がなされている。これらの事務について、事務職員の積極的な活用を図り、医師や看護師等の医療関係職を本来の業務に集中させることで医師や看護師等の医療関係職の負担の軽減が可能となる。

①　診断書、診療録及び処方せんの作成

診断書、診療録及び処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成１２年法律第１０２号）第２条第１項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実に行えるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

②　主治医意見書の作成

介護保険法（平成９年法律第１２３号）第２７条第３項及び第３２条第３項に基づき、市町村等は要介護認定及び要支援認定の申請があった場合には、申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を求めることとしている。

医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成１２年法律第１０２号）第２条第１項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実に行えるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

③　診察や検査の予約

近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダリングシステムへの入力を代行することも可能である。

２）　ベッドメイキング

保健師助産師看護師法（昭和２３年法律第２０３号）第５条に規定する療養上の世話の範疇に属さない退院後の患者の空きのベッド及び離床可能な患者のベッドに係るベッドメイキングについては、「ベッドメイキングの業務委託について（回答）」（平成１２年１１月７日付け医政看発第３７号・医政経発第７７号。以下「業務委託通知」という。）において示しているとおり、看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）以外が行うことができるものであり、業者等に業務委託することも可能である。

ただし、入院患者の状態は常に変化しているので、業務委託でベッドメイキングを行う場合は、業務委託通知において示しているとおり、病院の管理体制の中で、看護師等が関与して委託するベッドの選定を行うなど、病棟管理上遺漏のないよう十分留意されたい。

３）　院内の物品の運搬･補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については、専門性を要する業務に携わるべき医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため、その運搬・補充については、看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。

また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事

務職員や看護補助者を活用することは可能である。

４）　その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合があるという指摘がなされている。事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることが、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる。

また、個人情報の保護に関する法律（平成１５年法律第５７号）の遵守等、事務職員の適切な個人情報の取り扱いについて十分留意されたい。

（２）医師と助産師との役割分担

保健師助産師看護師法において、助産師は助産及びじょく婦及び新生児の保健指導を担っているものである。医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用することで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減させることが可能となる。こうした産科医療機関における医師の業務負担の軽減は、医師が医師でなければ対応できない事案により専念できることにより、医師の専門性がより発揮されることを可能とするとともに、地域のより高次の救急医療を担う医療機関における産科医師の負担の軽減にも資することとなる。

特に医療機関においては、安全・安心な分娩の確保と効率的な病院内運用を図るため、妊産婦健診や相談及び院内における正常分娩の取扱い等について、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。

医師と助産師の間で連携する際には、十分な情報の共有と相互理解を構築するとともに、業務に際しては母子の安全の確保に細心の注意を払う必要があることは当然の前提である。

（３）医師と看護師等の医療関係職との役割分担

医師と看護師等の医療関係職との間の役割分担についても、以下のような役割分担を進めることで、医師が医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる。また、医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる。

その際には、医療安全の確保の観点から、個々の医療機関等毎の状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことはもとより、

適宜医療機関内外での研修等の機会を通じ、看護師等が能力の研鑽に励むことが望ましい。

1） 薬剤の投与量の調節

患者に起こりうる病態の変化に応じた医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた適切な看護を行うことが可能な場合がある。例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれるものである。

2） 静脈注射

医師又は歯科医師の指示の下に行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏まえ、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。

なお、薬剤の血管注入による身体への影響は大きいことから、「看護師等による静脈注射の実施について」（平成１４年９月３０日医政発第 0930002 号）において示しているとおり、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護職員が静脈注射を安全にできるよう、各医療機関においては、看護職員を対象とした研修を実施するとともに、静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成・見直しを行い、また、個々の看護職員の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことが重要である。

3） 救急医療等における診療の優先順位の決定

夜間・休日救急において、医師の過重労働が指摘されている現状を鑑み、より効率的運用が行われ、患者への迅速な対応を確保するため、休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に、院内において具体的な対応方針を整備していれば、専門的な知識および技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療を行うことが可能となる。

4） 入院中の療養生活に関する対応

入院中の患者について、例えば病棟内歩行可能等の活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担の軽減に資することが可能となる。

5） 患者・家族への説明

医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行うことで、医師、看護師等の医療関係職と患者、家族等との信頼関係を深めることが可能となるとともに、医師の負担の軽減が可能となる。

また、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、うつ病（気分障害）のような慢性疾患患者においては、看護職員による療養生活の説明が必要な場合が想定される。このような場合に、医師の治療方針に基づき看護職員が療養生活の説明を行うことは可能であり、これにより医師の負担を軽減し、効率的な外来運営が行えるとともに、患者のニーズに合わせた療養生活の援助に寄与できるものと考える。

６）　採血、検査についての説明

採血、検査説明については、保健師助産師看護師法及び臨床検査技師等に関する法律（昭和３３年法律第７６号）に基づき、医師等の指示の下に看護職員及び臨床検査技師が行うことができることとされているが、医師や看護職員のみで行っている実態があると指摘されている。

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。

７）　薬剤の管理

病棟等における薬剤の在庫管理、ミキシングあるいは与薬等の準備を含む薬剤管理について、医師や看護職員が行っている場合もあると指摘されているが、ミキシングを行った点滴薬剤等のセッティング等を含め、薬剤師の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

８）　医療機器の管理

生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法（昭和６２年法律第６０号）に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護職員のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

１６．平成22年医政局所管国家試験実施計画

	官報公告	願書受付期間	筆記試験	実地試験	合格発表	試験地
第104回 医師国家試験	21.7.1(水)	21.11.16(月)～21.12.4(金)	22.2.13(土) 22.2.14(日) 22.2.15(月)	—	22.3.18(木)	北海道、宮城県、東京都、新潟県 愛知県、石川県、大阪府、広島県 香川県、福岡県、熊本県、沖縄県
第103回 歯科医師国家試験	〃	〃	22. 2. 6(土) 22. 2. 7(日)	—	22.3.29(月)	北海道、宮城県、東京都、新潟県 愛知県、大阪府、広島県、福岡県
第96回 保健師国家試験	21.8.3(月)	20.11.27(金)～20.12.18(金)	22.2.19(金)	—	22.3.26(金)	北海道、青森県、宮城県、東京都、 愛知県、石川県、大阪府、広島県、 香川県、福岡県、沖縄県
第93回 助産師国家試験	〃	〃	22.2.18(木)	—	22.3.26(金)	〃
第99回 看護師国家試験	〃	〃	22.2.21(日)	—	22.3.26(金)	〃
第62回 診療放射線技師試験	21.9.1(火)	20.12.21(月)～22.1.12(火)	22.2.25(木)	—	22.3.31(水)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、広島県、香川県、福岡県 (科目免除者)東京
第56回 臨床検査技師国家試験	〃	〃	22.2.24(水)	—	22.3.31(水)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、広島県、香川県、福岡県、 沖縄県
第45回 理学療法士国家試験	〃	〃	22.2.28(日)	22.3.1(月)	22.3.31(水)	(筆記)北海道、宮城県、東京都、愛知県 大阪府、香川県、福岡県、沖縄県 (実地)東京都
第45回 作業療法士国家試験	〃	〃	22.2.28(日)	—	22.3.31(水)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、香川県、福岡県、沖縄県 (実地)東京都
第40回 視能訓練師国家試験	〃	〃	22.2.25(木)	—	22.3.31(水)	東京都、大阪府

１７．医師等の資格確認について（関係通知等）

１．無資格者による医業及び歯科医業の防止について
（昭和47年1月19日付医発第76号
各都道府県知事あて厚生省医務局長通達）

最近、無資格者が医業又は歯科医業を行なつていたために摘発される事例が発生しているが、無資格者による医業又は歯科医業は、国民の生命、身体に対する脅威となることはもとより、国民の医療に対する信頼を失墜させる原因ともなるものである。

無資格者が医業又は歯科医業を行なうことが医師法第一七条又は歯科医師法第一七条に違反することとなるのはもとより、無資格者に医業若しくは歯科医業を行なわせた病院若しくは診療所の開設者若しくは管理者についても、その態様によつては、刑事責任を問われ、さらに免許の取消等の行政処分の対象となることとなる。

貴職におかれては、都道府県医師会、都道府県歯科医師会その他関係方面の協力を得て、左記の事項を徹底することにより無資格者による医業又は歯科医業の一掃を期されたい。

記

第１　免許資格の調査

１　管下の病院又は診療所を対象とし、診療に従事する医師又は歯科医師の免許資格に関する調査をすみやかに実施すること。実施に際しては、医師又は歯科医師の免許証等有資格者であることが確認できる書類の呈示を求める等の方法により正確な事実把握に努めること。

２　調査の結果、無資格者による医業又は歯科医業が行なわれていることが明らかになつた事例については、刑事訴訟法第二三九条の規定により告発すること。

第２　病院又は診療所の開設時等における免許資格の確認

１　医師又は歯科医師が病院又は診療所を開設する場合には、医療法第七条の規定による病院の開設許可申請書又は同法第八条の規定による診療所の開設届の受理に際して、有資格者であることの確認を徹底すること。

２　病院又は診療所の開設者又は管理者が、医師又は歯科医師を雇用する際に免許資格を確認するよう十分の指導をすること。

第３　医師届及び歯科医師届の励行

医師法第六条又は歯科医師法第六条の規定に基づく医師、歯科医師の届出を未だ行なつていない者に対しては、届出を励行するよう督促すること。

なお、これらの届出と医籍・歯科医籍との照合を行なうこととする予定である。

２．免許証の不正使用防止について
（昭和53年3月20日付医発第289号
各都道府県知事あて厚生省医務局長依頼）

今般、医師免許証が医師でない第三者により不正に使用されるという事件が報道されたが、かかる事件等を防止する観点から貴職におかれても、左記の事項に留意し、関係団体等と連絡を密にして、その周知徹底を図られたい。

なお、保健所等関係機関は、亡失に伴う免許証の再交付申請があった場合には、亡失事実の確認、申請者が同一人である旨の確認及び免許資格の確認を関係書類の提示を求めて行われたい。

記

１　免許を取得した者及びその家族は、亡失事故を起さないよう免許

証の保留には十分な注意を払うこと。
　また、盗難等により免許証が第三者に渡る可能性がある場合は、すみやかに保健所等関係機関に通報すること。この場合貴職においては、関係機関にされた通報を至急当職あて連絡されたい。
２　各医療施設等は、免許取得者を採用するにあたっては、戸籍謄(抄)本等の提示、履歴書の確認等の方法により採用希望者が免許取得者であることを、十分に確認すること。

３．医師等の資格確認について
（昭和60年10月9日付健政発第676号
各都道府県知事あて厚生省健康政策局長通知）

最近、外国人医師を採用した某地において、その際の免許資格に関する調査が十分に行われなかつたため、左記の無効医師免許証所持者による無資格医業が行われ、保険請求まで行われていた事例が判明したので、今後かかる事例が再発することのないよう左記事項に十分御留意のうえ、貴職におかれても、関係部局、貴管下保健所、病院、診療所等関係機関に対し、周知徹底願いたい。

記

１　無効医師免許について
（１）　元興亜医学館及び東洋医学院を卒業した別添無効医師免許証名簿の者に医師免許証が交付されているが、これについては、既に昭和30年8月25日発医第80号医務局長通知及び昭和51年1月23日医事第6号医務局医事課長通知をもつて通知してあるとおり、終戦直後の特殊な社会情勢下においてやむを得ず、法定の資格を有しない者であるにもかかわらず、当時の台湾(中華民国)又は朝鮮において資格取得のために使用する目的をもつて、日本国において医業を行うことはできないという条件の下に(但し、その旨は免許証には記されていない)、医籍に登録せずして交付されたものである。
　従つて、これらの者は我が国においては医師免許を有してはいないこと。
　なお、本件免許証は昭和35年11月1日の最高裁判決により無効であることの判断が既に示されている。
（２）　貴管内において、上記(１)に該当する者で医業に従事している者があるときは、当該者に対し免許証の呈示を求め、その免許が無効であることを告知する等適宜の措置をとり、その旨当職あて報告されたいこと。
２　医師等免許資格の確認について
　無資格医業等の防止については、昭和47年1月19日医発第76号医務局長通知をもつて通知しているところであるが、今後とも次により徹底の上、その一掃を図られたい。
（１）　医師及び歯科医師として、就業する目的で採用する場合には、事前に免許証及び卒業証書の原本の提出を必ず求め、資格を有していることの確認を十分行うよう指導されたいこと。
（２）　免許証を亡失している場合には、速やかに免許証の再交付申請を行わせるよう指導されたいこと。
（３）　免許証を保持していない採用者等については、免許証の交付(国家試験合格等による免許申請後、まだ免許証が交付されていない者については、登録済証明書の交付)を確認した後に医業に従事するよう指導されたいこと。
（４）　免許資格等に疑義のある場合には、当局医事課と十分な連絡をとること。
３　その他(略)

歯科医師臨床研修に関する省令等の見直しについて

１．基本認識

○　平成18年から必修化された歯科医師臨床研修において、研修歯科医もしくは臨床研修施設に関する問題が散見されている。制度の運用上、また、歯科医師の資質向上の観点からも、これらの問題を把握し、改善策を講じていくことが必要である。

○　平成19年1月に「歯科医師臨床研修推進検討会」を設置し、歯科医師臨床研修制度に係る諸課題について検討を重ね（平成19年1月～平成20年12月）、平成20年12月に第1次の報告書が取りまとめられた。

○　上記報告書に基づき、平成21年2月に医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会において意見書がまとめられ、制度改善の方向性が示された。

○　平成22年12月に「歯科医師臨床研修推進検討会　第2次報告」が取りまとめられた。

２．概　要

1. 臨床研修施設群方式の推進･･･新たな臨床研修施設の活用、臨床研修施設間の連携の強化、指定要件の変更、申請様式の簡素化

- ・豊富な臨床経験がある指導歯科医が在籍する歯科診療所等、在宅・へき地歯科医療を実施する歯科診療所等を「連携型臨床研修施設（仮称）」として積極的に活用
- ・プログラム責任者及び研修実施責任者が協議して策定した計画に従って、施設間連携、情報共有の研修プログラムの目的にあった研修スケジュールを設定することが可能（グループ化） 等

2. 研修管理委員会の機能強化･･･運営指針の策定、施設間の情報共有の充実、指導を行う歯科医師等への資質向上策

- ・研修の進捗状況の把握及び研修期間中の問題に迅速に対応するため、研修管理委員会は運用指針を策定
- ・協力型臨床研修施設の並行申請状況の把握のため、施設間の情報共有を充実、指導を行う歯科医師等への研修会開催

3. 歯科医師臨床研修制度に対する理解の推進･･･国民、医療関係者に対する国･歯科医師会･学会からの周知

4. その他･･･生涯研修の充実、研修歯科医採用のあり方、D-REISの充実

３．今後の予定

○歯科医師臨床研修の見直し省令に関するﾊﾟﾌﾞﾘｯｸｺﾒﾝﾄ募集（H22.1以降予定）、新たな制度に基づく研修プログラム運用開始（H23.4）

歯科医師需給問題について

＜経　緯＞

① 昭和61年　　:「歯科医師の需給に関する検討会」意見を受け、入学定員は概ね20%削減。
② 平成10年度　:同検討会において、さらに10%程度の新規参入歯科医師数の削減を提言するも1.7%の削減に留まる。
③ 平成18年8月 :文部科学・厚生労働両大臣が確認書をかわし、今後の方向性が示されたところ。

> 歯科医師については、以下のとおり、養成数の削減等に一層取り組む。
> （1）歯学部定員については、各大学に対して更に一層の定員減を要請する。
> （2）歯科医師国家試験の合格基準を引き上げる。　平成18年8月31日　文部科学大臣　厚生労働大臣

（1）の歯学部定員については、文部科学省が再三にわたり、定員削減を要請

・平成21年1月末:「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」が入学定員の問題等に関する第1次報告がとりまとめられたところ。

（報告書抜粋）歯科医師として活躍し得るなどの将来性を考え、**以下の大学については入学定員の見直しを検討**

① 入学の選抜機能が低下し優れた入学者の確保が困難な大学
② 歯科医師国家試験合格率の低迷する大学
③ 学生に対する臨床実習に必要な患者数の確保が困難な大学
④ 留年（修業年限超過）の学生の多い大学

・平成21年度の**歯学部入学定員は、2,624人**と前年度から33人減（私立大学1校が削減）、ただし、**入学者数は、2,484人**。

※定員割れがもっとも顕著な大学では、入学定員96人に対して入学者数53人（45%の欠員）

（2）の歯科医師国家試験については、厚生労働省が、

・平成19年12月:歯科医師国家試験改善検討部会報告書をまとめ、平成20年度に歯科医師国家試験出題基準を改定。
平成22年実施の試験より新しい合格基準が運用される見込み。
※直近（平成21年2月）の**歯科医師国家試験合格率は、67.5%**（受験者数:3,531人、合格者数2,381人）

・平成21年度　:公私立歯科大学において、歯学部生および卒業生に対して進路相談等に関する事業を実施。（歯科医師臨床研修支援事業）

新人看護職員研修ガイドライン

新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修として、医療機関の機能や規模に関わらず新人看護職員を雇用するすべての医療機関で実施することができる体制の整備を目指して作成された。

<ガイドラインの概要>

Ⅰ. 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方

Ⅱ. 新人看護職員研修

1. 研修内容と到達目標
2. 研修方法
3. 研修評価
4. 研修手帳の活用
5. 研修プログラムの例
6. 技術指導の例

Ⅲ. 実地指導者の育成

Ⅳ. 教育担当者の育成

Ⅴ. 研修計画、研修体制の評価

特徴

- 新人看護職員の**到達目標として1年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安を示した**
- 研修体制や研修方法は、各医療機関の特性、研修に対する考え方、職員の構成等に合わせて柔軟に行えるように参考例を示した
- 研修プログラムと技術指導の例を参考として示した

新人看護職員研修に関する検討会
中間まとめ

１．　はじめに

〇医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど国民のニーズの変化を背景に、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で習得する看護実践能力との間には乖離が生じ、その乖離が新人看護職員の離職の一因であるとの指摘がある。

〇厚生労働省では、新人看護職員の臨床実践能力の効果的かつ効率的な向上を図るため、平成１６年３月に「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」をまとめ、新人看護職員の到達目標と研修指針を示した。また、新人看護職員研修指針等を普及するため、研修責任者を対象とした研修を平成１６年度から平成１９年度まで実施した。

〇平成２１年３月「看護の質の向上と確保に関する検討会」中間とりまとめにおいて、看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実を図るとともに、新人看護職員研修の制度化・義務化を視野に入れ、離職防止の観点からも、新人看護職員研修の実施内容や方法、普及方策について早急に検討し、実施に移すべきであるとされた。

〇これを受けて、新人看護職員研修ガイドライン（以下、「ガイドライン」とする）の策定及び普及のための具体的方策について検討するため本検討会を設置し、7回にわたって議論を重ねてきた。また、具体的指導案の作成に関しては、ワーキンググループで検討を行い、ガイドラインに盛り込んだ。

〇一方、第１７１回国会において、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律が成立し、新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が努力義務として規定され、平成２２年４月１日より施行されることとなった。

〇これを踏まえて、ガイドラインは、新人看護職員が基本的な実践能力を獲得するための研修として、医療機関の機能や規模にかかわらず研修を実施することができる体制の整備を目指して作成された。

〇新人看護職員研修をすでに実施している医療機関だけでなく、新人看護職員を迎えるすべての医療機関において、研修の企画・立案にガイドラインが活用され、新人看護職員研修が実施されることが期待される。

〇ここに中間まとめとして、これまでの検討の成果であるガイドラインを提示するとともに、今後の課題をまとめた。

２． 今後の課題

（１）新人看護職員研修の普及について

○これまで新人看護職員研修を実施していなかった医療機関に対して、都道府県等が看護管理者等をアドバイザーとして派遣し、研修実施体制の整備や研修の企画・運営等に関して相談・指導を行うことは一部の県で実施されており、新人看護職員研修の普及・推進に効果的である。

○また、新人看護職員研修を既に実施している施設に研修責任者等が出向いて、研修実施体制や研修の企画・運営等について学ぶことも効果的と考えられる。

○総合的な研修を実施している施設が院内研修を公開することや、都道府県が協議会等を設置し調整を行うことで、地域の医療機関同士が新人看護職員研修に関する情報を共有し、連携することができる。

○さらに、都道府県や関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

○新人看護職員研修を実施する医療機関に対する財政支援も普及・推進において重要である。

○新人看護職員研修の実施状況を外部評価団体等の基準の一つに盛り込むことも普及する上で効果的と考えられる。

（２）本検討会において継続して議論する課題

○今回示したガイドラインは、新人保健師及び新人助産師に対する研修についても、看護師としての基本的な実践能力を獲得することを目的とした研修に関しては適用することができる。

○一方、保健師または助産師としての基本的な実践能力の獲得を目的とした研修については、別途ガイドラインを策定することが必要である。新人助産師研修については、本検討会にワーキンググループを設置して検討し、到達目標等を作成することとする。新人保健師ガイドラインは、本検討会とは別に検討の場を設けることとする。

（３）中長期的展望に立った課題

○ガイドラインは、新人看護職員を受け入れる医療現場の状況や看護基礎教育の教育内容の見直し等の諸事情を勘案して、適宜見直すことが必要である。

○新人看護職員研修の目的の一つは看護の質保証であり、これを明確にするため、ガイドラインに基づいた新人看護職員研修を修了した者に対して修了証を交付することが一つの方法として考えられる。修了証を交付する場合には、交付基準をどのように設定するのか、到達目標の達成状況を勘案するかどうかといった点を検討することが必要である。

○また、新人看護職員研修実施医療機関の認証についても検討すべき課題である。

○新人看護職員研修は、新人看護職員の実践能力向上を図るものであり、看護の質の保証に資するものであることから、今後更なる財政支援や診療報酬上の取り扱いについて議論が求められる。

新人看護職員研修
ガイドライン

平成21年12月

<目次>

はじめに

看護は人の生涯にわたるヘルスプロモーションとして重要な社会的機能の一つである。その職業人としての第一歩を踏み出した新人看護職員が、臨床実践能力を確実なものとするとともに、看護職員としての社会的責任や基本的態度を習得することは極めて重要である。本ガイドラインは、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修として、医療機関の機能や規模にかかわらず新人看護職員を迎えるすべての医療機関で研修を実施することができる体制の整備を目指して作成された。

（ガイドライン検討の経緯）

医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど国民のニーズの変化を背景に、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との間には乖離が生じ、その乖離が新人看護職員の離職の一因であると指摘されている。看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実を図るとともに、臨床実践能力を高めるための新人看護職員研修の実施内容や方法、普及方策について検討し、実施に移すことが求められている。そこで、新人看護職員研修ガイドラインの策定及び普及のための具体的方策について検討するため、厚生労働省に「新人看護職員研修に関する検討会」を設置し、議論を重ねて新人看護職員研修ガイドラインを作成した。

一方、平成 21 年 7 月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成 22 年 4 月 1 日から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が努力義務となる。

（ガイドラインの構成と使い方）

本ガイドラインは、各医療機関で研修を実施する際に必要となる事項を記載している。新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方及び新人看護職員研修と、新人看護職員研修の効果を上げるために必要な指導者の育成についても示している。

本ガイドラインでは、新人看護職員の到達目標として 1 年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安を示した。研修体制や研修方法は、各医療機関の特性、研修に対する考え方、職員の構成等に合わせて行うことを前提としていることから例示としている。また、研修プログラムの例と技術指導の例をあくまでも参考として示している。各医療機関においては、新人看護職員研修を施設内だけではなく、周りのリソースを十分に活用し、新人看護職員の到達目標に合わせて研修を自由に組み合わせて実施していただきたい。

本ガイドラインが新人看護職員を受け入れるあらゆる医療機関で研修の企画・立案に際して活用されることを期待している。

Ⅰ. 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方

1. 新人看護職員研修の理念

① 看護は人間の生命に深く関わる職業であり、患者の生命、人格及び人権を尊重することを基本とし、生涯にわたって研鑽されるべきものである。新人看護職員研修は、看護実践の基礎を形成するものとして、重要な意義を有する。

② 新人看護職員を支えるためには、周囲のスタッフだけではなく、全職員が新人看護職員に関心を持ち、皆で育てるという組織文化の醸成が重要である。この新人看護職員研修ガイドラインでは、新人看護職員を支援し、周りの全職員が共に支え合い、成長することを目指す。

2. 基本方針

① 新人看護職員研修は、新人看護職員が基礎教育で学んだことを土台に、臨床実践能力を高めるものである。新人看護職員は、新人看護職員研修で修得したことを基盤に、生涯にわたって自己研鑽することを目指す。

② 新人看護職員研修は、看護基礎教育では学習することが困難な、医療チームの中で複数の患者を受け持ち、多重課題を抱えながら、看護を安全に提供するための臨床実践能力を強化することに主眼をおくことが重要である。

③ 医療における安全の確保及び質の高い看護の提供は重要な課題である。安全で安心な療養環境を保証するため、医療機関は患者の理解を得ながら組織的に職員の研修に取り組むものであり、新人看護職員研修はその一環として位置付けられる。

④ 専門職業人として成長するためには、新人看護職員自らがたゆまぬ努力を重ねるべきであることは言うまでもないが、新人の時期から生涯にわたり、継続的に自己研鑽を積むことができる実効性のある運営体制や研修支援体制が整備されていることが重要である。

⑤ 医療状況の変化や看護に対する患者・家族のニーズに柔軟に対応するためにも、新人看護職員研修は、常に見直され発展していくものである。

３．研修体制

１）新人看護職員を支える体制の構築

① 病院管理者、看護管理者は、自施設の理念や基本方針に基づいた新人看護研修が実施できる体制の構築に責任をもつことが必要である。また理念や基本方針を研修にたずさわる職員全員と共有することが望まれる。

② 新人看護職員研修は、所属部署の直接の指導者だけではなく、部署スタッフ全員が新人を見守り、幾重ものサポート体制を組織として構築することが望ましい。そして、新人看護職員が看護の素晴らしさを実感したり、看護に対する誇りがもてるように、指導者がロールモデルとして、新人看護職員に示していくことが望まれる。

③ 新人看護職員が臨床現場に順応し、臨床実践能力を獲得するためには、根気強くあたたかい支援が必要である。また、新人看護職員の不安を緩和するために、職場適応のサポートやメンタルサポート等の体制づくりが必要である。そのためには、新人を周りで支えるための様々な役割をもつ人員の体制づくりが必要である。

④ 新人看護職員の研修は医療機関全体で取り組むものであり、共通する研修内容等は、医師や薬剤師等の新人職員と合同で研修を行い、また専門的な知識・技術を有する職員を新人看護職員研修に参画させることも必要である。そして、医療機関内の多職種との連携を密にとるとともに、新人看護職員が多職種の業務を理解するための機会を設けることが必要である。

２）研修における組織の体制

研修体制における組織例を図１に示す。施設の規模によっては研修責任者が教育担当者の役割も担うこともあり、また、研修責任者と教育担当者と実地指導者が同一であるなど、体制は施設により異なるが、どの施設でも、組織内においてそれぞれの役割を担う者が誰なのかを互いに認識できるような体制とし、それを明確に示すことが必要である。

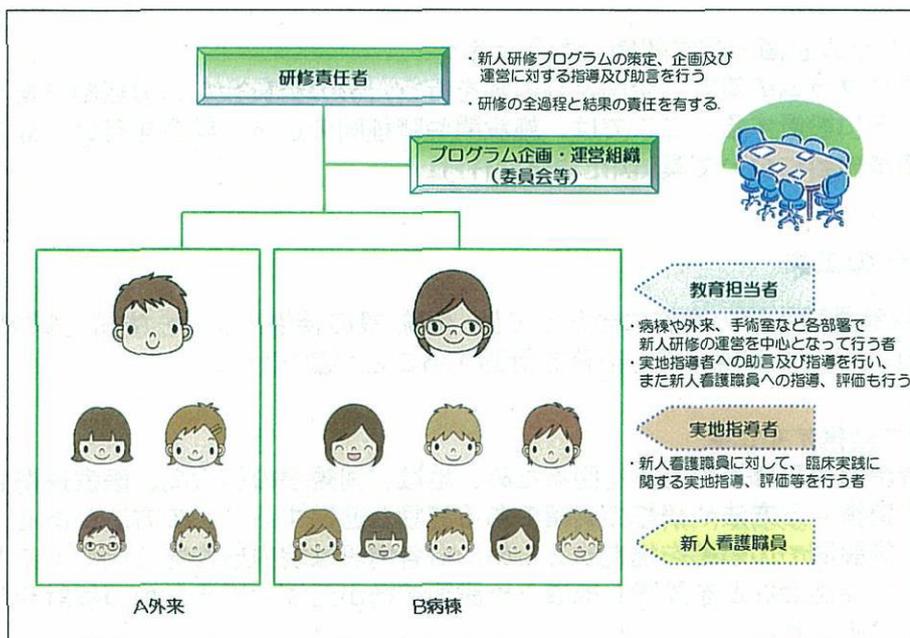



図１　研修体制における組織例

研修体制における役割を下記に示す。

① 新人看護職員
免許取得後に初めて就労する看護職員のことである。自立して個人の今後の目標を定め、主体的に研修に参加することが期待される。

② 実地指導者
実地指導者は新人看護職員に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を行う者である。看護職員として必要な基本的知識、技術、態度を有し、教育的指導ができる者であることが望ましい。実地指導者の配置は、新人看護職員に対し継続的に指導を行う一人の指導者を配置する方法や各新人看護職員に対し複数の指導者が担当する方法、チームの中で日々の指導者を配置する方法などがあり、部署の特性や時期によって組み合わせるなどの工夫を行う。

③ 教育担当者
教育担当者は、看護部門の新人看護職員の教育方針に基づき、各部署で実施される研修の企画、運営を中心となって行う者であり、実地指導者への助言及び指導、また新人看護職員へ指導、評価を行う者である。看護職員の模範となる臨床実践能力をもち、チームリーダとしての調整能力を有し、教育的役割を発揮できる者が望まれる。教育担当者の配置は各部署に１名以上とすることが望ましい。

④ 研修責任者
研修責任者は、施設及び看護部門の教育方針に基づき、教育担当者、実地指導者及び新人看護職員の研修プログラムの策定、企画及び運営に対する指導及び助言を行う者である。そして、研修責任者は、研修の企画・運営・実施・評価の全ての過程においての責任者である。また、各部署の管理者や教育担当者と連携を図りつつ、教育担当者の支援を行い、部署間の調整も含め新人看護職員研修全体を把握する。他施設と連携し研修を実施する場合は、施設間連携の調整役となる。
研修責任者は、研修計画、研修プログラムの策定において、様々な意見や課題を集約し、研修の結果を評価する能力や、研修の運営における問題解決及び自施設の状況に合わせた新たな研修計画を策定していく能力が求められる。研修責任者の配置は、出来る限り、各施設に１名配置することが望ましい。

⑤ プログラム企画・運営組織（委員会等）
研修プログラムの策定、企画及び運営を行うための委員会などの組織であり、研修責任者の元に設置する。ここでは、施設間や職種間の連携・調整を行い、最適な研修方法や研修内容について具体的に検討を行う。

３）研修体制の工夫

新人看護職員研修等の実施に当たっては、各施設の特性に適した方法を選択したり、組み合わせたりして実現可能な研修を計画することが望まれる。

① 施設間で連携する工夫
新人看護職員研修等の充実を図るため、地域、同規模の施設間、医療連携している施設間で連携する方法や研修の実績のある施設と連携するなどの方法がある。
また、施設間での連携を推進するためにも各施設は院内研修を公開することや、都道府県では協議会などを設置し地域で施設間連携が活性化するための検討や調整を行うことが求められる。

② 研修の工夫

- ローテーション研修に代表される複数領域の研修：一つの部署では得ることの出来ない幅広い臨床実践能力を獲得するために有効
- 多職種と合同研修会の実施：チーム医療におけるパートナーシップの育成に有効
- 研修の講師として看護基礎教育を行っている看護教員の活用：看護基礎教育において学習した知識・技術とのつながりを強化するために有効
- 教育機関、学会、専門職能団体等で行われているプログラムの活用：最新の専門的な知識・技術を得るのに有効
- 新人看護職員研修の経験が豊かなアドバイザーの活用：施設に適した研修体制や計画策定が可能

③ 新人看護職員を支える組織体制の工夫

新人看護職員を支える組織体制としては、プリセプターシップ、チューターシップ、メンターシップなどの方法がある（表1）。新人看護職員の離職を防止するためには意図的な精神的支援のしくみが必要であるとされているため、その工夫をする必要がある。

表１　新人看護職員を支える組織体制の例

名　称	定　義	備　考
プリセプターシップ	新人１人に対して決められた経験のある先輩看護職員（プリセプター）がマンツーマン（同じ勤務を一緒に行う）で、ある一定期間新人研修を担当する方法。この方法の理念は、新人のペースにあわせて（self-paced）、新人自らが主体に学習する（self-directed）よう、プリセプターが関わることである。	新人看護師が臨床現場にでてすぐなど、ごく初期の段階で用いるのが効果的である。プリセプターは自分の担当する患者の看護ケアを、担当の新人看護師（プリセプティー）とともに提供しながら、仕事を通してアセスメント、看護技術、対人関係、医療や看護サービスを提供するしくみ、看護職としての自己管理、就業諸規則など、広範囲にわたって手本を示す。
チューターシップ （エルダー制）	各新人看護職員に決まった相談相手（チューター）を配置し、仕事の仕方、学習方法、悩み事などの精神面、生活、など広範囲にわたり相談や支援を行う。	決められた相談相手がいることは新人看護師にとって心強いとの評価であり、新人看護研修期間を通じてチューターを配置することが望ましい。この方法だけでは日々の業務における実践的指導ができないため、新人と先輩がペアで患者を受け持つ方法とを組み合わせることが多い。
メンターシップ	メンターは、新人看護職員を援助し、味方となり、指導し、助言し、相談にのる役割である。通常、直接的な実地指導者として関わることはなく、支援者的役割をはたす。	メンターは中長期的なキャリア支援、動機付け、よき理解者として関わりながら、人間的な成長を支援する役割であるので、新人研修後期以降の支援者としてふさわしい。
チーム支援型	特定の指導係を置くのではなく、チームで新人看護職員を教育・支援する方法。	新人看護職員１人に１人の指導者をつけず、チームに参画しながら新人を教育・支援する。チーム内でそれぞれのメンバーが得意分野を指導するように役割の分担がなされている。

4）新人看護職員が少ない施設や小規模病院等における外部組織の活用

施設の規模や特性、新人看護職員数によって、新人看護職員研修、実地指導者研修、教育担当者研修は、各医療施設単独で完結した研修ができないことがあるため、他医療機関や研修・教育機関などの外部組織を活用したり、複数医療機関が共同で研修を行うことが実情に即していると考えられる。

①　他医療機関の活用

小規模ないし単科病院においては、新人看護職員としての到達目標に記載されている項目のすべてを体験することが難しい場合がある。そのような場合は、近隣の施設で行っている研修に参加するなどの工夫をする。このような施設間において、研修ができるようにするためには、総合的な研修を実施している施設の院内研修を公開することが求められる。また、地域単位でこのような連携が図れるよう都道府県が調整を行うことも求められる。

また、実地指導者、教育担当者研修は、1 施設では受講者が少数であることが想定されることから、一定規模の病院が共同で開催するなど施設間の連携がより必要となる。

②　研修・教育機関の活用

新人看護職員数が少ない施設においては、新人看護職員研修のうち、集合研修が可能な研修内容について専門職能団体等が行う研修を自施設の新人看護職員研修に組み込んで行うことも考えられる。例えば、医療安全、感染管理、救急蘇生などの研修について、他の機関の研修を活用することが有効である。

Ⅱ．新人看護職員研修

1．研修内容と到達目標

1）臨床実践能力の構造

看護は必要な知識、技術、態度を統合した実践的能力を、複数の患者を受け持ちながら、優先度を考慮し発揮することが求められる。そのため、臨床実践能力の構造として、Ⅰ基本姿勢と態度　Ⅱ技術的側面　Ⅲ管理的側面が考えられる（図 2)。これらの要素はそれぞれ独立したものではなく、患者への看護を通して臨床実践の場で統合されるべきものである。また、看護基礎教育で学んだことを土台にし、新人看護職員研修で臨床実践能力を積み上げていくものである。

図 2　臨床実践能力の構造

2）到達目標

① 到達目標の項目によっては、施設あるいは所属部署で経験する機会が少ないものもあるため、優先度の高いものから修得する。状況によっては到達期間を 2 年目以降に設定しなければならないこともあり得る。その場合には、到達目標の技術を経験出来る他部署（他施設）での研修を取り入れる等の対応を検討する。

② 到達目標は、「看護職員として必要な基本姿勢と態度」16 項目（表 2)、「技術的側面」69 項目（表 3)、「管理的側面」18 項目（表 4）からなり、新人看護職員が 1 年以内に経験し修得を目指す項目を示している。ここでは、1 年以内に経験すべき項目を☆で、それぞれの到達の目安を 4 段階で示した。ただし、1 年の間のいつの時点でどこまでを到達すべきなのか、あるいは 1 年以内に経験すべき項目として示していない項目をいつまでに経験することを目標とするのかは個人あるいは施設が決めていくものとしている。また、ここで到達の目安として示している「できる」とは、指導がなくても新人看護職員が自立して看護を実施できることを意味している。

【看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標（表 2)】

看護職員として必要な基本姿勢と態度については、新人の時期のみならず、成長していく過程でも常に臨床実践能力の中核となる部分である。

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安　Ⅱ：指導のもとでできる　Ⅰ：できる

		★	到達の目安			
看護職員としての自覚と責任ある行動	①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する	★				Ⅰ
	②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する	★				Ⅰ
	③職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する	★				Ⅰ
患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立	①患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する	★				Ⅰ
	②患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する	★				Ⅰ
	③患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得る	★				Ⅰ
	④家族の意向を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援する	★			Ⅱ	
	⑤守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する	★				Ⅰ
	⑥看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する	★				Ⅰ
組織における役割・心構えの理解と適切な行動	①病院及び看護部の理念を理解し行動する	★			Ⅱ	
	②病院及び看護部の組織と機能について理解する	★			Ⅱ	
	③チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する	★			Ⅱ	
	④同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる	★				Ⅰ
生涯にわたる主体的な自己学習の継続	①自己評価及び他者評価を踏まえた自己の学習課題をみつける	★				Ⅰ
	②課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動する	★			Ⅱ	
	③学習の成果を自らの看護実践に活用する	★			Ⅱ	

【技術的側面：看護技術についての到達目標（表3)】

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安　Ⅳ：知識としてわかる　Ⅲ：演習でできる　Ⅱ：指導のもとでできる　Ⅰ：できる

※患者への看護技術の実施においては、高度なあるいは複雑な看護を必要とする場合は除き、比較的状態の安定した患者の看護を想定している。なお、重症患者等への特定の看護技術の実施を到達目標とすることが必要な施設、部署においては、想定される患者の状況等を適宜調整することとする。

		★	到達の目安			
			Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ
環境調整技術	①温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整（例:臥床患者、手術後の患者等の療養生活環境調整）	★				Ⅰ
	②ベッドメーキング　（例：臥床患者のベッドメーキング）	★				Ⅰ
食事援助技術	①食生活支援				Ⅱ	
	②食事介助　（例：臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助）	★			Ⅱ	
	③経管栄養法	★			Ⅱ	
排泄援助技術	①自然排尿・排便援助（尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む。）	★				Ⅰ
	②浣腸					Ⅰ
	③膀胱内留置カテーテルの挿入と管理				Ⅱ	
	④摘便				Ⅱ	
	⑤導尿					Ⅰ
活動・休息援助技術	①歩行介助・移動の介助・移送	★				Ⅰ
	②体位変換（例：①及び②について、手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施）	★			Ⅱ	
	③関節可動域訓練・廃用性症候群予防				Ⅱ	
	④入眠・睡眠への援助				Ⅱ	
	⑤体動、移動に注意が必要な患者への援助（例：不穏、不動、情緒不安定、意識レベル低下、鎮静中、乳幼児、高齢者等への援助）				Ⅱ	
清潔・衣生活援助技術（例：①から⑥について、全介助を要する患者、ドレーン挿入、点滴を行っている患者等への実施）	①清拭	★				Ⅰ
	②洗髪					Ⅰ
	③口腔ケア	★				Ⅰ
	④入浴介助					Ⅰ
	⑤部分浴・陰部ケア・おむつ交換	★				Ⅰ
	⑥寝衣交換等の衣生活支援、整容	★				Ⅰ
呼吸・循環を整える技術	①酸素吸入療法	★				Ⅰ
	②吸引（気管内、口腔内、鼻腔内）	★				Ⅰ
	③ネブライザーの実施	★				Ⅰ
	④体温調整					Ⅰ
	⑤体位ドレナージ				Ⅱ	
	⑥人工呼吸器の管理		Ⅳ			
創傷管理技術	①創傷処置				Ⅱ	
	②褥瘡の予防	★			Ⅱ	
	③包帯法				Ⅱ	
与薬の技術	①経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	★				Ⅰ
	②皮下注射、筋肉内注射、皮内注射					Ⅰ
	③静脈内注射、点滴静脈内注射				Ⅱ	
	④中心静脈内注射の準備・介助・管理				Ⅱ	
	⑤輸液ポンプの準備と管理				Ⅱ	
	⑥輸血の準備、輸血中と輸血後の観察				Ⅱ	
	⑦抗生物質の用法と副作用の観察	★			Ⅱ	
	⑧インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察				Ⅱ	
	⑨麻薬の主作用・副作用の観察				Ⅱ	
	⑩薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む）				Ⅱ	
救命救急処置技術	①意識レベルの把握	★				Ⅰ
	②気道確保	★		Ⅲ		
	③人工呼吸	★		Ⅲ		
	④閉鎖式心臓マッサージ	★		Ⅲ		
	⑤気管挿管の準備と介助	★		Ⅲ		
	⑥止血				Ⅱ	
	⑦チームメンバーへの応援要請	★				Ⅰ
症状・生体機能管理技術	①バイタルサイン（呼吸・脈拍・体温・血圧）の観察と解釈	★				Ⅰ
	②身体計測					Ⅰ
	③静脈血採血と検体の取扱い	★				Ⅰ
	④動脈血採血の準備と検体の取り扱い					Ⅰ
	⑤採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い					Ⅰ
	⑥血糖値測定と検体の取扱い	★				Ⅰ
	⑦心電図モニター・12誘導心電図の装着、管理					Ⅰ
	⑧パルスオキシメーターによる測定	★				Ⅰ
苦痛の緩和・安楽確保の技術	①安楽な体位の保持	★			Ⅱ	
	②罨法等身体安楽促進ケア				Ⅱ	
	③リラクゼーション				Ⅱ	
	④精神的安寧を保つための看護ケア				Ⅱ	
感染予防技術	①スタンダードプリコーション（標準予防策）の実施	★				Ⅰ
	②必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の選択	★				Ⅰ
	③無菌操作の実施	★				Ⅰ
	④医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	★				Ⅰ
	⑤針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	★				Ⅰ
	⑥洗浄・消毒・滅菌の適切な選択					Ⅰ
安全確保の技術	①誤薬防止の手順に沿った与薬	★				Ⅰ
	②患者誤認防止策の実施	★				Ⅰ
	③転倒転落防止策の実施	★			Ⅱ	
	④薬剤・放射線曝露防止策の実施				Ⅱ	

【管理的側面についての到達目標（表4)】

看護実践における管理的側面については、それぞれの科学的・法的根拠を理解し、チーム医療における自らの役割を認識した上で実施する必要がある。

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安　Ⅱ：指導のもとでできる　Ⅰ：できる

		★	到達の目安			
安全管理	①施設における医療安全管理体制について理解する	★				Ⅰ
	②インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行う	★				Ⅰ
情報管理	①施設内の医療情報に関する規定を理解する	★				Ⅰ
	②患者等に対し、適切な情報提供を行う	★			Ⅱ	
	③プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱う	★				Ⅰ
	④看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成する	★			Ⅱ	
業務管理	①業務の基準・手順に沿って実施する	★				Ⅰ
	②複数の患者の看護ケアの優先度を考えて行動する	★			Ⅱ	
	③業務上の報告・連絡・相談を適切に行う	★				Ⅰ
	④決められた業務を時間内に実施できるように調整する				Ⅱ	
薬剤等の管理	①薬剤を適切に請求・受領・保管する（含、毒薬・劇薬・麻薬）				Ⅱ	
	②血液製剤を適切に請求・受領・保管する				Ⅱ	
災害・防災管理	①定期的な防災訓練に参加し、災害発生時（地震・火災・水害・停電等）には決められた初期行動を円滑に実施する	★			Ⅱ	
	②施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明する	★				Ⅰ
物品管理	①規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱う	★			Ⅱ	
	②看護用品・衛生材料の整備・点検を行う	★			Ⅱ	
コスト管理	①患者の負担を考慮し、物品を適切に使用する	★			Ⅱ	
	②費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択する	★			Ⅱ	

3）到達目標の設定手順

到達目標を設定する上では、施設の規模・機能、看護部門の理念、看護職員の構成、新人看護職員を支援する体制、新人研修にかけられる時間・予算、目指す看護職員像（どんな新人看護職員に育ってほしいのか）を考慮する。また、到達目標は、①項目→②詳細さ→③難易度→④到達時期の順に検討する。

活動休息援助技術の到達目標における項目の設定を行う場合を例として手順を示す。到達目標の一覧を参考に自施設の特性を踏まえて設定する。一年以内に経験し修得を目指す項目に限って設定する場合（A病院）、到達目標の全ての項目を設定する場合（B病院）、さらに独自の項目を追加して設定する場合（C病院）などが考えられる。

①で設定した項目毎に詳細さを設定する。各項目をそのまま設定する場合（パターンⅠ）、やや詳細に設定する場合（パターンⅡ）、手順に沿って詳細に設定する場合（パターンⅢ）などが考えられる。

設定した項目の到達状況を判定する時の基準となる難易度を設定する。項目によって難易度に影響する事項は異なるが、ここでは患者の状態による難易度の例を示す。

いつまでにその項目を到達するかの到達時期を設定する。

4）看護技術を支える要素　（図2）

看護技術の到達目標に沿って研修内容を組み立てる時には、単に手順に従って実施するのではなく、以下の「看護技術を支える要素」を全て確認した上で実施する必要がある。

（1）医療安全の確保
①安全確保対策の適用の判断と実施
②事故防止に向けた、チーム医療に必要なコミュニケーション
③適切な感染管理に基づいた感染防止

（2）患者及び家族への説明と助言
① 看護ケアに関する患者への十分な説明と患者の意思決定を支援する働きかけ
② 家族への説明や助言

（3）的確な看護判断と適切な看護技術の提供
① 科学的根拠（知識）と観察に基づいた看護技術の必要性の判断
② 看護技術の正確な方法の熟知と実施によるリスクの予測
③ 患者の特性や状況に応じた看護技術の選択と応用
④ 患者にとって安楽な方法での看護技術の実施
⑤ 看護計画の立案と実施した看護ケアの正確な記録と評価

2　研修方法

1）　方法の適切な組合せ

新人看護職員研修に活用可能な教育方法には表5に示すようなものがある。現場での教育、集合研修、自己学習を適切な形で組み合わせる。講義形式のものに関しては、通信教育や e-ラーニング研修などの IT を活用した方法もある。また、Off-JT→OJT OJT→Off-JT のスパイラル学習は効果があると言われていることから、Off-JT と OJT は研修目標に合わせて組み合わせることが適当である。

例えば、医療安全の研修では、e-ラーニングで自己学習をした後に、シミュレーションに参加し訓練した後に、実際に臨床の場において実地指導者と共に手順に沿って実施してみる。そして、実施後にチェックリストを用いて、行為を振り返るなどの順番で研修を組み合わせながら進める方法が考えられる。

表 5 教育方法の例

名称		手法・適用など
講義		ルールを先に教える方法。抽象的な概念(例えば医療・看護倫理、患者の権利等)や知識を教授する時に、初めて学習するような場合は、まず原理原則を説明する。
	映像を活用した指導法	時間や場所などの制約下において、臨床現場にできるだけ近い状態をイメージすることができる。技術学習(例えば注射技術やフィジカルアセスメント技術等)に適している。
演習		患者のアセスメント、状況に基づく判断、患者の個別性を重視した対応等を学ぶ際に必要とされる技能の学習などに適している。
	ロールプレイ	参加型・体験型学習形態のひとつ。学習者がある人物になりきり、その役割・演技を通して、患者や家族に起こった出来事など、状況を設定して自らが演じることで、相手の理解を深めることができる。また、対応やコミュニケーション技術の修得に活用できる。
	シミュレーション	模擬体験であり、現実に想定される条件をとり入れて実際に近い状況を作り出し、その状況について学習する。例えば、緊急時の対応などの状況設定をしたトレーニングや侵襲的技術の学習に適している。
習熟度別指導		学習者の習熟度に合わせて行う指導法。情報リテラシー、心電図の読み方など、知識や経験の差が生じやすい内容に適している。

2) 研修の展開

① 基本姿勢と態度に関する研修は早期に取り組む。そして、患者の自己決定やプライバシーの保護等の医療の倫理的課題に関する事例検討等を通して、看護職員としての基本的な考え方を確認することが望ましい。

②バイタルサインの観察等、看護の基本となる能力については、医療機器の数値にのみ頼って患者の状態を判断するのではなく、実際に患者に触れるなど、五感を用いて患者の状態を判断することの重要性を認識させ、その能力を養う必要がある。

③指導にあたっては、OJT においても Off-JT においても、単に新しい知識・技術を提供するに留めず、新人看護職員が自ら、受け持った患者に必要な看護を考え判断する能力を養えるよう指導する。

④技術修得は、講義→演習・シミュレーション→臨床現場で実践の順に行うことが有効である。まず、シミュレーションを実施し、次に、手技を実際に見せて、実際にやってもらって危なければ手をそえる、一人でやってもらう、といった段階的な OJT が大切である。シミュレーションの後には、振り返りを行い、何ができるようになったのか、何が課題なのか見出すことが重要である。特に、侵襲性の高い行為については、事前に集合研修等により、新人看護職員の修得状況を十分に確認した上で段階的に実践させる必要がある。そして、段階（ステップ）ごとに評価し、出来なかった場合は１つ前の段階に戻るなどひとつずつ確認しながら研修を進める。

⑤看護職員は複数の患者を受け持ちながらも、決められた時間内で優先度を判断し、安全に看護を提供する必要がある。そのため、新人看護職員研修では個々の知識や技術の修得だけではなく、優先順位を考えながら看護を実践するための能力を段階的に身につけられるように指導する。

⑥ 研修責任者は、新人看護職員の職場適応の状況を十分に把握すると同時に、精神的な支援のできる専門家によって、新人看護職員や関連するスタッフの支援体制を整

備することが望ましい。適宜、集合研修の後などに、新人看護職員同士が定期的に交流できる場を設けるなど、日々の研修の中に看護実践の振り返りや日常生活リズムの把握などの精神的支援の方策を含んでいることが望ましい。

3．研修評価

1）評価の考え方

新人看護職員の評価は、修得してきたことの確認をするとともに、フィードバックを行い、新人看護職員が自信を持って一歩ずつ能力を獲得していくために行うものである。評価者は、新人看護職員と一緒に考え、励ます姿勢で評価を行う。

2）評価時期

①到達目標は 1 年間で到達するものとするが、各部署の特性、優先度に応じて評価内容と到達時期を具体的に設定する。評価時期は、概ね就職後 1 か月、3 か月、6 か月、1 年を目安とする。
② 就職後早期の評価は、新人看護職員の職場への適応の把握等の点から重要であり精神的な支援も含め綿密に行う必要がある。

3）評価方法

①評価は、自己評価に加え実地指導者や教育担当者による他者評価を取り入れる。
②評価には、到達目標に関するチェックリストなどの評価表（自己評価及び他者評価）を用いることとし、総括的な評価を行うにあたっては面談等も適宜取り入れる。
③ 評価は、その時にできない事を次に出来るようにするためのものであり、基本的にはポジティブフィードバックを行う。例えば、技術が出来たか、出来なかったかのみを評価するのでなく、次の行為につながるように出来たことを褒め、強みを確認し励ますような評価を行う。
④ 最終評価は、看護部門の教育担当者又は各部署の所属長が行う。また、新人看護職員研修修了時には、所属部署や施設単位で修了証を発行するなどの方法もある。

4．　研修手帳（研修ファイル）の活用

新人看護職員が自らの目標を持ち、獲得した能力や成果を蓄積するためにポートフォリオやパーソナルファイルと呼ばれる研修手帳（研修ファイル）の利用が効果的である。
研修手帳（研修ファイル）は、

- 看護職員としての成長記録として利用できる
- 経験の蓄積を可視化することができる
- 研修手帳（研修ファイル）を介して他者へ経験を伝える手段になる

などの特徴がある。そして、研修手帳（研修ファイル）は新人研修のみではなく継続教育の記録としても利用でき、また所属部署や医療機関が変わっても利用できるものである。

研修手帳（研修ファイル）に記載する内容としては、例えば、初めのページに「将来目指すもの」「今年度目指すもの」「そのためのプラン」を記載しておくと、機会ある毎に目標を確認することができる。研修での資料や記録をはさみこめるようにしておくと記載の負担なく経験を蓄積できる。また「到達目標のチェックリスト」を入れておくと、経験するごとにチェックして利用することができる。一定期間後、「実施したこと・分かったこと・考えたこと・成長したこと」や「他者からのコメント」を記載してもらうことで、成長の振り返りを行うことができる。

5.　研修プログラムの例（図3）

ここでは、新人看護職員研修プログラムの例を参考までに紹介する。ここで示す研修内容は全て行わなければならないものではなく、各施設の特性に合わせて内容や方法、時間数を自由にアレンジする。また、自施設で行うほか、他施設との共同開催や活用、都道府県・関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

研修項目		方法	時間	4月（入職時）～数日間	4月～6月	7～9月	10～3月
1.新人看護師研修の概要		講義	1時間	・目標と計画 ・研修手帳の活用方法			
2.看護師として必要な基本姿勢と態度		講義・演習	3時間	・患者の権利と看護者の責務 ・看護者の倫理綱領 ・接遇			・実践の振り返り
3.技術的側面	清潔・衣生活援助技術 創傷管理技術	講義・演習	6時間			・スキンケア	・褥瘡の予防：リスクアセスメント，体圧分散等
	与薬の技術	講義・演習	6時間		・皮下注射，筋肉内注射 ・点滴管理：薬剤準備，ボトル交換，挿入部の固定，輸液量の計算等 ・輸液ポンプ，シリンジポンプの使い方	・点滴静脈内注射 ・薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む）	・輸血の準備、輸血中と輸血後の観察
	救命救急処置技術	講義・演習	4時間		・急変時の対応：チームメンバーへの応援要請等 BLS,AED		
	症状・生体機能管理技術	講義・演習	6時間		・静脈血採血		・フィジカルアセスメント ・心電図モニター
	感染防止の技術	講義・演習	2時間		・スタンダードプリコーションの実施		
	その他配属部署で必要な看護技術	OJT		配属部署で必要な看護技術			
4.管理的側面	安全管理 災害・防災管理	講義・演習	3時間	・医療安全対策：組織の体制、職員を守る体制、事故防止策、発生時の対応等 ・消火設備			
	情報管理	講義・演習	3時間	・個人情報保護	・診療情報の取り扱い ・記録		
研修の振り返り フォローアップ			1時間		・振り返り	・振り返り	・振り返り

図3　新人看護職員研修プログラムの例

6.　技術指導の例（別冊）

技術指導の例として、「与薬の技術」と「活動・休息援助技術」を示している。“到達目標”“到達までの期間”“看護技術を支える要素”“研修方法”“手順に沿った指導時の留意点”“チェックリスト”で構成されている。ここでは、看護基礎教育とのつながりを考慮しており、新人看護職員がどこまで修得できているのかの確認をすることだけではなく、新人看護職員が気をつけるポイント、指導者にとって指導時のポイントが分かるように示している。

① 与薬の技術

② 活動・休息援助技術

Ⅲ. 実地指導者の育成

実地指導者とは、新人看護職員に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を行う者である。新人看護職員研修を効果的に実施するためには指導者の育成が重要であることから、ここでは実地指導者の研修を企画する上で必要な到達目標、能力について示す。

1．到達目標

① 新人看護職員の職場への適応状況を把握し、新人看護職員へ基本的な看護技術の指導及び精神的支援ができる
② 施設の新人看護職員研修計画に沿って、教育担当者、部署管理者とともに部署における新人看護職員研修の個別プログラム立案、実施及び評価ができる

2．実地指導者に求められる能力

- 新人看護職員に教育的に関わる能力
- 新人看護職員と適切な関係性を築くコミュニケーション能力
- 新人看護職員の置かれている状況を把握し、一緒に問題を解決する能力
- 新人看護職員研修の個々のプログラムを立案できる能力
- 新人看護職員の臨床実践能力を評価する能力

以下の内容を学習し、役割を遂行できる能力を身につけていることが必要である。

①知識
- 新人看護職員研修体制と研修計画
- 新人看護職員研修における実地指導者の役割
- 看護基礎教育における到達目標と到達度
- 「新人看護職員研修ガイドライン」の理解
- 新人看護職員が陥りやすい研修上の問題や困難とその解決方法
- 指導方法や教育的な関わり方

②技術
- 新人看護職員の臨床実践能力に合った指導をする技術
- 支援につながる評価技術
- 円滑な人間関係の構築のためのコミュニケーション技術
- 個別の研修計画を立案する技術

③姿勢・態度
- 相手を尊重した態度で指導する
- 一緒にどうしたらよいのか考える
- 認めていることを伝え、励まし、新人看護職員の自立を支援する
- 新人看護職員との関わりや指導上で、困難や問題と感じた場合は、教育担当者や部署管理者へ相談、助言を求めることができる

３．研修プログラムの例（図５）

実地指導者研修プログラムの例を紹介する。ここで示す研修内容は全て行わなければならないものではなく、各施設の特性に合わせて内容や方法、時間数を自由にアレンジする。また、自施設で行うほか、他施設との共同開催や活用、都道府県・関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

実地指導者に対する研修においては、指導者としての不安・負担感を軽減することを目的として、各部署の所属長あるいは教育担当者による面接や支援のための研修を定期的に実施する必要があるといわれている。

研修項目	方法	前年度※10～12月	前年度※1～3月	5月・10月・3月
		12時間	6時間	3時間×3回
1.組織の教育システム	講義	・組織の理念と人材育成の考え方 ・院内の教育体制 ・実地指導者の役割 ・新人看護職員研修の概要		
2.新人看護師の現状	講義	・看護基礎教育の現状 ・新人看護師の技術習得状況 ・新人看護職員研修ガイドライン		
3.学習に関する基礎知識	講義	・学習理論：概念，動機付け，成人学習等	・教育方法：チームの力を活用した学習支援 ・教育評価	
4.メンタルサポート支援	講義 演習	・コーチング ・カウンセリングスキル ・コミュニケーション		
5.看護技術の指導方法	演習		・看護技術の評価方法 ・研修者同士での技術指導の実演	
新人看護職員研修の実際と振り返り	演習			・実施状況の報告 ・課題の共有と解決策の検討

※前年度：実地指導者としての役割を担う年度が始まる前の年度

図５　実地指導者研修プログラムの例

Ⅳ. 教育担当者の育成

教育担当者は、看護部門の新人看護職員の教育方針に基づき、各部署で実施される研修の企画、運営を中心となって行う者であり、実地指導者への助言及び指導、また新人看護職員へ指導、評価を行う者である。ここでは、教育担当者の研修を企画する上で必要な到達目標、能力について示す。

1. 到達目標

①新人看護職員の職場への適応状況を把握し、新人看護職員研修が効果的に行われるよう、実地指導者と新人看護職員への指導及び精神的支援ができる。
②施設の新人看護職員研修計画に沿って、部署管理者とともに部署における新人看護職員研修の立案と実施・評価ができる。
③新人看護職員同士、実地指導者同士の意見交換や情報共有の場を設定し、新人看護職員の実地指導者との関係調整と支援ができる。

2. 教育担当者に求められる能力

- 部署での新人看護職員研修を集合研修と部署での研修の連動の促進できるように企画·計画する能力
- 最適な研修方法を選択して、新人看護職員及び実地指導者に教育的に関わる能力
- 新人看護職員の実地指導者との関係調整する能力
- 新人看護職員の臨床実践能力、研修計画などの評価を行う能力
- 研修責任者より示された新人看護職員研修の目標や研修体制を理解し、部署のスタッフにわかりやすく伝達する能力
- 研修計画を円滑に運用できるよう部署管理者や実施指導者をはじめ、部署内のスタッフに説明する能力
- 新人看護職員研修に関係する全てのスタッフと適切な関係性を築くコミュニケーション能力
- 新人看護職員の臨床実践能力の修得状況、新人看護職員の置かれている状況を把握した上で、実地指導者の指導上の問題を一緒に解決する能力

以下の内容を学習し、役割を遂行できる能力を身につけていることが必要である。

①知識
- 新人看護職員をめぐる現状と課題
- 新人看護職員研修体制と研修計画
- 新人看護職員研修における教育担当者の役割
- 新人看護職員の受けた看護基礎教育の内容と到達目標及びその到達度
- 「新人看護職員研修ガイドライン」
- 新人看護職員研修を通しての臨床実践能力の構造
（新人看護職員の指導に当たって、到達目標で示した「基本姿勢と態度」、「技術的側面」、「管理的側面」は、3つの目標が互いに関連しあい、統合されて初めて臨床実銭能力が向上するということを理解する。）
- 成人学習者の特徴と教育方法
- 指導方法や教育的関わり方
- 実地指導者が経験しやすい新人看護職員研修における指導上の問題や困難とその不安・負担感を軽減する解決方法
- 評価の考え方とその方法、及びフィードバック方法

②技術
- 具体的な指導方法や評価する技術
- 年間研修計画、個別の研修計画を立案する技術

・一人ひとりの臨床実践能力にあった指導をする技術
・新人看護職員を育てる組織風土づくりができる技術
・問題解決技法
・円滑な人間関係の構築のため調整やコミュニケーション技術

③ 姿勢・態度
・相手を尊重した態度で指導する
・一緒にどうしたらよいのか考える
・新人看護職員の自立を支援するように、認めていることを伝え励ます
・新人看護職員、実地指導者および部署の所属長と良好な関係を築くことができる

3．研修プログラムの例（図6）

教育担当者研修プログラムの例を紹介する。ここで示す研修内容は全て行わなければならないものではなく、各施設の特性に合わせて内容や方法、時間数を自由にアレンジする。また、自施設で行うほか、他施設との共同開催や活用、都道府県・関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

なお、この例においては、対象者は実地指導者研修を既に受け、実地指導者としての経験がある者としているため、必要があれば実地指導者研修の内容を追加することを前提とし作成している。

研修項目	方法	前年度※1～3月		4月・5月・6月・7月・9月・11月
		研修前期	研修後期	
		6時間	6時間	1時間×6回
1.新人看護職員研修における教育担当者の役割	講義 演習	・教育担当者に対する期待 ・新人看護職員研修ガイドライン		
2.到達目標の理解と設定	講義 演習	・組織の理念と人材育成の考え方 ・自施設における新人看護職員研修の到達目標の設定		
3.教育に関する知識	講義	・カリキュラム，教育方法，教育評価など年間教育の立案に必要な知識		
4.課題と解決策の検討	演習	・自身の経験に基づく新人看護師・実地指導者・教育システムに関する課題の明確化と解決策の検討 ・現教育担当者との意見交換		・実施状況の報告 ・課題の共有と解決策の検討
5.年間教育計画の立案	演習		・自部署の年間教育計画の立案	・計画の見直し

※前年度：教育担当者としての役割を担う年度が始まる前の年度

図6　教育担当者研修プログラムの例

V. 研修計画、研修体制等の評価

新人看護職員研修、実地指導者及び教育担当者の研修終了時の評価だけではなく、研修終了後、実践の場での事後評価を行うことによって、研修の内容や方法について見直し、研修計画の修正や翌年の研修計画の策定に役立てる。

1. 研修終了時の評価

研修終了時の評価は、研修の評価として研修プログラムの妥当性や適切性を確認し、研修プログラムの目標の達成度を判断するものである。基本的に評価は、研修に関わるすべての人が評価対象になる。

①研修における目標、内容、方法、講師、教材の適切さ、研修の開催時期、時間、場所、経費の適切さなどの研修の企画・運営の評価
②新人看護職員の到達目標の達成度
③研修参加者の研修達成感や満足度の評価
などを行う。

2. 研修終了後、実践の場での事後評価

研修の成果として実務における新人看護職員の役割遂行の状況を評価する。

①新人看護職員の実務を通して、研修内容について、その重要性および実用性、さらに深めたかった内容、研修内容にはなかったが新たに取り上げてほしい内容など研修の企画・運営の評価
②新人看護職員の自己評価・他者評価による成果の評価
③新人看護職員の事後評価と関連付けて、実地指導者及び教育担当者の育成や施設の研修体制の評価
などを行う。

3. 評価の活用

新人看護職員研修は、各医療機関の理念に基づき設計されている。上記 1,2 の新人看護職員研修の評価を通じて、研修の理念、基本方針が適切であったか、各医療機関の目標達成に貢献しているかなどを評価し、組織運営にフィードバックすることにより活用する。

技術指導の例

平成21年12月

1）与薬の技術

ページ

2）活動・休息援助技術

与薬の技術

～経口薬の与薬～

【到達目標】

内服薬与薬（経口）についての基本を習得し、安全・正確に与薬が実施できる

【到達までの期間】

１ケ月～２ケ月

【看護技術を支える要素】

・ 正しい薬剤知識がある
・ 患者確認を、医師の指示書等をもとに実施できる
・ 曖昧な点は医師や指導者に確認できる
・ 患者、家族へわかりやすい言葉で説明ができる
・ 患者の状態をアセスメントし、個々の状況に応じた与薬ができる
・ 状況に応じた、与薬後の観察ができる

【研修方法】

集合研修

担当者：教育担当者等

研修内容：内服薬与薬の実施に必要な基本的態度・知識・技術
処方箋の読み方、薬剤知識、内服薬与薬の目的・手順、
施設のルール（安全面での約束事等）などを講義・演習方式を用いて、集合研修を行う

↓

実際の場面を見学

担当者：実地指導者

研修内容：イメージ化するため、実際の場面を見学する
・基礎教育での知識を確認する
・薬剤の知識、与薬の目的・手順、施設の安全ルール、留意点を確認する
・アセスメントのポイント

↓

シミュレーション･評価

担当者：　実地指導者

研修内容：実際使用する物品を用いてシミュレーション､実技評価を行う

↓

実　施

担当者：実地指導者

研修内容：実際の部署で、手順に沿って実施する

↓

振り返り･評価

担当者とともにチェックリストを用い行為を振り返る

手順	指導時の留意点
	少しでも疑問や不安がある場合は、実施前に指導者等に申し出ることを強調しておく ・チェックリストで不十分な点は、指導や自己学習等後、再評価を行い、曖昧なままとしない
1．準備	1．準備
① 内服指示箋で、患者氏名・薬品名・用法・用量の確認 ② 流水と石けんで手洗いを十分に行う ③ 必要物品を準備する 内服薬、処方箋、トレイ、必要時白湯や薬杯	●新人看護職員の学習準備状況の確認 目的、薬剤の知識、リスクマネジメント、安楽な体位・姿勢のポイント ・6R・3度の確認の意味と必要性 ※6つのRight Right Patient （正しい患者） Right Drug （正しい薬） Right Purpose （正しい目的） Right Dose （正しい用量） Right Route （正しい用法） Right Time （正しい時間） ※3度の確認 保管場所から薬袋を取り出すとき 薬袋から薬を取り出すとき 薬袋を保管場所に戻すとき ・今までに経験した内容や回数 ●対象患者にこの薬剤を与薬する理由を把握 ・対象患者の把握(患者の状態、薬剤禁忌、アレルギーの有無) 以上を確認後、準備を見守り、ベッドサイドへ同行する（不十分な場合は見学とし、自己学習を促す） 準備の際、作業は中断しないように指導する 途中で他の患者から声をかけられるなど、業務を中断した場合には、再度手順の最初から実施する

2. 実施	2. 実施
① 患者への挨拶・言葉がけを行う	見守りながら、不十分な点をサポートする
② 患者の観察 誤嚥防止のため意識状態の観察 必要時食事摂取状況の確認	・患者状態のアセスメント、誤嚥防止 ・剤型（散剤・錠剤・水薬）や量が対象患者に適切か確認できる ・言葉がけをしながら観察できる
③ 患者氏名の確認 フルネームで名乗ってもらい、または患者識別バンド等での確認	・患者誤認の防止ができる（フルネームでの確認を習慣づける）
④ 患者への説明および同意を得る	・一方的でない、ゆっくりとわかりやすい説明ができる ・ひとつ一つの動作に対し、患者の意向を確認しながら援助できるよう指導
⑤ （可能な場合）患者と共に薬剤・氏名を確認	・患者参画を促すことができる
⑥ 誤嚥防止のための体位（前屈座位が望ましい）を援助する	・誤嚥防止のため、適切な体位への援助ができる 必要時、安楽枕やクッションを利用する 麻痺がある場合は、特に注意する ライン類が留置されている場合は、引っ張らないように特に注意する
⑦ 内服薬を与薬する 薬剤の種類により、先に少量の白湯を投与する 水薬の場合、正しく目盛りを計測する 確実に服用されたか、確認する	・酸素マスクを装着している場合は、取り扱いに注意するよう指導
⑧ 内服後の観察（特に呼吸状態）	・内服後の誤嚥防止に注意できる ・呼吸状態に異常が出現した場合、ただちに他の看護スタッフへ連絡するよう指導
⑨ 使用した物品を片付け、患者の体位、周囲の環境を整える	・安全に配慮した環境調整ができる
⑩ 患者への挨拶・言葉がけをして退室	
⑪ 必要に応じ、バイタルサインなど、与薬後の患者状態を観察する	・与薬後の観察が必要な薬剤・患者状態の把握ができる

3. 後片付け、実施記録	3. 後片付け、実施記録
① 使用した物品類を定位置へ戻し、手洗いを行う ② 内服薬与薬の実施記録（押印、サインなど含む）をする	・実施記録を確認する ・一連の看護行為の振り返りを一緒に行い、プラスのフィードバックとなるように、チェックリストに沿って、出来たところと次回の目標を確認する

内服薬与薬チェックリスト

氏名（　　　　　　　　　　　　）

◎：一人でできる　　　○：支援があればできる

目標到達期間　□1ヶ月　■2ヶ月

確認項目	実施月日	自己評価	他者評価
①内服薬与薬について、基本的知識・技術（薬剤の作用副作用、目的、与薬時の注意点など）、安全面のルールを述べることができる			
②指示書に書かれてある内容が理解でき、説明できる			
③内服薬の薬理作用を述べ、当該患者に投与する理由を述べることができる			
④必要物品が準備できる			
⑤患者への挨拶、言葉がけができる			
⑥患者氏名の確認をフルネームで行うことができる			
⑦患者状態の観察、アセスメントができる			
⑧患者へわかりやすい説明を行い、同意が得られる（質問時、答えることができる）			
⑨与薬時、適切な体位が援助できる			
⑩与薬行為を安全・正確に行うことができる			
⑪内服後の患者状態を観察できる（特に呼吸状態）			
⑫周囲の環境を整備し、患者へ挨拶をしてから退室できる			
⑬必要時、実施内容を指導者等に報告できる			
⑭必要時、看護記録に記載できる			

コメント（今後へのアドバイスなど）

与薬の技術

～筋肉・皮下注射～

【到達目標】

筋肉・皮下注射についての基本を習得し、安全に実施できる

【到達までの期間】

１ヶ月～３ヶ月

【看護技術を支える要素】

・正しい薬剤知識がある
・清潔操作が確実に実施できる
・患者確認を医師の指示書と照らし合わせて実施できる
・患者及び家族へわかりやすい言葉を用いて説明ができる
・患者の状態をアセスメントできる
・筋肉・皮内注射の実施前・中・後の観察ができる
・使用後の器具等を決められた方法で破棄できる

【研修方法】

集合研修
担当者：教育担当者
研修内容：基礎教育での知識と看護技術の確認を行う
筋肉・神経の解剖生理、薬剤の基礎知識
手順、施設のルールを講義・演習方式で実施

↓

実際の場面を見学
担当者：　実地指導者
研修内容：準備から後片付けまでの場面を見学する

↓

シミュレーション・評価
担当者：実地指導者　または教育担当者
研修内容：シミュレーション後に、チェックリストを用いて評価する

↓

実　施
担当者：実地指導者
研修内容：実際の部署で、手順に沿って実施する

↓

振り返り・評価
担当者とともにチェックリストを用い行為を振り返る

手順	指導時の留意点
1．準備 ① 注射指示箋で患者氏名・日付・薬品名・用法用量・実施時間を確認する ② 石けんを用いて、流水で手を洗う ③ 必要物品を準備する 注射指示箋、薬剤、トレイ、適切な注射器・注射針、消毒綿、針廃棄容器、速乾性摩擦手指消毒剤、未滅菌手袋 ※三原則で確認する 薬剤を取り出すとき 薬剤を注射器に吸い上げるとき 薬剤を吸い上げた後（空アンプル・バイアル）	1．　準備 ○新人看護職員の学習準備状況の確認 ・注射の目的 ・解剖生理 ・薬剤に関する知識 ・注射施行中、後の観察項目 ○指示された薬剤の作用・副作用を理解し、その患者に適した投与方法なのか、なぜ必要なのかアセスメントするように、学習状況の確認と指導を行う ○患者の把握（患者の体格、注射禁忌の有無、アレルギーの有無 ○薬剤名、規格量（○mg/○ml)、注射指示箋の単位数の確認の指導 ○看護職員は、注射指示箋が読みにくい場合や不明瞭な場合（必要性に疑問を感じたら）指示した医師に確認する責任があることを指導する 準備の際、作業は中断しないように指導する 途中で他の患者から声をかけられるなど、業務を中断した場合には、再度手順の最初から実施する 以上を確認後、準備を見守り、ベッドサイドへ同行する（不十分な場合は見学とし自己学習を促す）

2．実施	2．実施
① 注射の必要性を患者に説明し、承諾を得る。	見守りながら、不十分な点をサポートする
② 患者の氏名を確認し、注射指示箋とネームバンド、ベットネームを患者とともに確認する。	・患者誤認の防止 ・患者参画を促す ・患者状態のアセスメント 体格、注射禁忌部位の確認の有無、アレルギー既往、薬剤の副作用を確認する
2－1　〈筋肉注射〉の実施の場合 ③ 注射部位に応じた、安楽な体位をとらせる。	体格、年齢で注射部位を選定する
上腕三角筋：坐位で肘関節を軽く屈曲し 腰に手をあてる 肩峰から三横指下が目安	注射部位の選定
長袖を着ている患者の三角筋に注射するときは、袖を捲りあげるのではなく、片袖を脱いでいただき、肩を出してもらう。 中臀筋：臀部を４分割し、その上外側 1/4 区域	注射部位の解剖、神経の走行を確認する
④ 皮膚の消毒	
⑤ 注射部位の周りの皮膚を引っ張るように緊張させてから筋肉をしっかり保持し、注射器はペンを持つようにして皮膚に対して45～90度の角度で刺入する	
⑥ 患者に異常がないかを確認する。 手先のしびれや強い痛みを感じたらすぐに知らせるように、説明する	・神経刺激症状があったら、直ちに針を抜き、症状の観察を行い、医師に報告するように指導する
⑦ 筋肉をつまみあげた手をはずし、注射器を固定し、もう１方の手で内筒を引	

き、血液の逆流がないことを確認する ⑧ 静かに内筒を押し、薬液を注入する	
⑨ 刺入角度を変えないように針を抜き、消毒綿を当てる 注射部位を揉みほぐす 使用した針はリキャップせずに、針廃棄容器に処理する	・マッサージは薬液を皮下組織に広く拡散し、局所の血液の供給を高めて薬液の吸収を促す ただし、徐々に吸収させることが適している薬液を用いた場合は、マッサージをしない
⑩ 患者の衣類や寝具を整える。 ・全身および局所に、注射による異常や変化がないか観察する ・注射後の注意事項について説明する	知識の確認と説明をする
2－2 〈皮下注射〉実施の場合 ③ 注射部位に応じた安楽な体位をとらせる ・通常上腕外側（伸筋）腹部が用いられる	定期的に何度も皮下注射を行う場合は同じ部位に何度も皮下注射を行う場合は、毎回１横指ずつずらして刺入する
④ 皮膚の消毒	
⑤ 注射部位の皮膚をつまみあげ、10 から 30 度の角度で皮下に刺入する	・針を刺入する時は、まっすぐに刺し、疼痛を最小限にする
⑥ 患者に異常がないかを確認する。手先のしびれ感、疼痛がないか声をかける	
⑦ つまみあげた手をはずし、注射器を固定し、もう一方の手で内筒を引き、血液の逆流にないことを確認する	
⑧ ～⑩は、筋肉注射手順に準ずる	・この段階の確認は誤薬があった場合には、対処が早期に行えるためにも必要である
⑪ 後片付け 空アンプルを捨てる前に、指示の確認を行う	

⑫ 記録をする	・看護記録を確認する ・一連の看護行為の振り返りを一緒に行い、プラスのフィードバックとなるように、チェックリストに沿って、出来たところと次回の目標を確認する

【筋肉注射、皮下注射チェックリスト】

氏名（　　　　　　　　　）

◎：一人でできる　○：支援があればできる

目標到達期間　３ヶ月

確認項目	実施日	自己評価	他者評価	実施日	自己評価	他者評価
① 筋肉注射、皮下注射の目的を述べることができる						
② 指示されている薬物の作用と副作用について述べることができる						
③ 筋肉注射、皮下注射に関連する筋肉、神経の走行が言える						
④ 注射の実施が可能か判断できる（バイタルサイン、筋肉や皮膚の状態、患者の状態）						
⑤ 注射指示箋で、患者氏名、薬剤名、用法用量、時間を確認できる						
⑥ 指示が不明瞭の時や指示内容に疑問がある場合は、医師に確認できる						
⑦ 指示された薬剤を吸い、必要物品が準備できる 注射法にあった注射針の準備ができる						
⑧ 単位が理解できる（ml、mg）						
⑨ 患者の元へ行き、フルネーム、ネームバンドなどで患者確認を行い、注射指示箋と確認できる						
⑩ 患者に注射の目的・内容、実施中の注意事項、副作用について説明し、同意が得られる						
⑪ 適切な注射部位を選択できる						
⑫ 流水と石けんで手洗いし、清潔操作ができる						
⑬ 筋肉注射が実施できる						
⑭ 皮下注射が実施できる						
⑮ 実施後、患者の状態を観察できる						
⑯ 後片づけができる						
⑰ 看護記録に記載出来る						

コメント（今後へのアドバイス）

与薬の技術

～点滴静脈注射～

【到達目標】

点滴静脈注射についての基本を習得し、安全に実施できる

【到達までの期間】

６ヶ月～１２ヶ月

【看護技術を支える要素】

・看護職員による静脈注射（点滴静脈注射を含む）実施の法的解釈の経緯・看護業務における位置づけが理解できる
・清潔動作が確実に実施できる
・患者及び家族へわかりやすい言葉を用いて説明できる
・薬剤の作用・副作用がわかる
・患者の状態や状況をアセスメントし、患者の個々の状況に応じた点滴静脈注射の実施と管理ができる
・使用後の器具等を決められた方法で破棄できる

【研修方法】

集合研修

担当者：　教育担当者
研修内容：基礎教育での知識と看護技術の確認を行う
血管・神経の解剖生理、薬剤の基礎知識、手順
モデルを使った演習、知識確認のテスト
スタンダードプリコーション

↓

実際の場面を見学

担当者：実地指導者
研修内容：実際の場面を見学する

↓

シミュレーション・評価

担当者：実地指導者
研修内容：シミュレーション後に、チェックリストを用いて評価する

↓

実　施

担当者：実施指導者
研修内容：手順に沿って実施する

↓

振り返り・評価

担当者とともにチェックリストを用い行為を振り返る

手順	指導時の留意点
1．準備 ①注射指示箋で、患者氏名、生年月日、日付、薬剤名、投与方法、投与時間を確認する ②流水と石鹸で手洗いを十分に行う ③必要物品を準備する ①注射指示箋　②シリンジと注射針　③静脈留置針　④輸液セット　⑤消毒綿　⑥駆血帯　⑦肘枕　⑧絆創膏　⑨フィルムドレッシング剤　⑩点滴台　⑪未滅菌手袋　⑫マスク　⑬速乾性摩擦手消毒剤　⑭針捨て容器　⑬未滅菌手袋　⑭針捨て容器 ④注射の準備をする ・流水と石鹸で手洗いを十分に行い、未滅菌手袋を装着する ・患者氏名、注射指示書箋、薬剤を確認する ・シリンジに適切な注射針をつけ、バイアルやアンプルから薬剤を吸い、輸液パックにミキシングする ・輸液パックに適切な輸液セットを繋ぐ	1．準備 ○新人看護職員の学習準備状況の確認 解剖生理、薬剤管理、合併症とその対策 リスクマネジメント 間違った薬剤、間違った量の投与 副作用、有害事象の発現 穿刺時の末梢神経損傷 ○患者のアレルギー歴、禁忌について情報の確認ができる ADL を確認する ○患者になぜ必要なのかアセスメントするように、学習状況の確認と指導を行う ○6R3度の確認 ○適切な輸液セットや留置針選択の根拠を確認する 輸液目的・薬剤・投与時間・投与量・患者状況に応じて輸液セット・留置針を選択する 滴下数と輸液量の換算方法について確認する 輸液セット　20滴/ml 小児用輸液セット　60滴/ml 以上を確認後、薬剤準備へ進む。 ◎緊張や不安が強い場合は、見学→一緒に行う→見守り→一人で行うなど、段階的指導を行う ・リスク回避の為の方法を確認する 注射準備の際、作業中断しないように指導する。 作業を中断した場合、再度手順の最初から実施する

2．実施	2．実施
① 患者の元へ行き、ネームバンドと患者にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、患者確認を行う。 注射指示箋と照らし合わせる	
② 患者に注射の目的と内容及び実施中の注意事項、副作用について説明し、患者からの質問を受ける	
③ 必要時、排泄を促す	
④ 手指の擦掃消毒を行い、手袋を装着する ⑤ 穿刺部位を確認する	・穿刺部位は、行動制限を最小限にし、点滴漏れや静脈炎が起こりにくい上肢の前腕、正中、または手背から選択する
⑥ 肘関節上部を駆血帯で駆血し、静脈を怒張させる	・血管が出にくい場合、上肢を下垂させ静脈を怒張させる、手を握ったり開いたりを繰り返すなどを行う
⑦ 患者に拇指を中にして手を握るように説明する	・血液成分の変化（乳酸の増加など）を生じないために、駆血は2分以内で行う
⑧ 消毒綿などで穿刺予定部を中心から外側に円を描くように皮膚を消毒する	・「ここに穿刺」と決めたら、一緒に指の腹でその感触や感覚を確認し、それが記憶されるように促すと共にその経験を重ねる
⑨ 穿刺部の皮膚を末梢へ伸展させ、注射針を刺入する	・患者の負担を最小限にするため、経験が少ないうちは、手を添えるなどのサポートをするなどの配慮をする
⑩ 穿刺針に血液の逆流を確認したら、針の深さを変えないようにし、針を血管内に進める	・再穿刺は、患者の意思の確認および看護職員の緊張度を考慮し、再度実施するかどうかを判断する
⑪ 患者に握った手を緩めるように説明し、駆血帯を外す	・職業感染を防止するため、器具の取扱いはルールを順守する。誤って針を自分に刺してしまった場合、流水で洗浄し、患者の感染症を確認し、受診するよう指導する
⑫ 挿入されている留置針の先端部分を軽く圧迫し、内筒針を抜取りすばやく点滴チューブを接続する	
⑬ クレンメを緩め滴下筒内の滴下を確認し、留置針挿入部の腫脹や痛みの有無を観察・確認する	・実施中に他の患者から声をかけられるなどの場合、緊急時以外は、業務中断をせずに他の看護師を呼んで対応してもらう。

⑭ 留置針と点滴チューブをフィルムドレッシング剤と絆創膏で固定する	
⑮ 指示量の滴下数にあわせる	・点滴開始から５分、１５分は訪室し、副作用の早期発見に努める
⑯ 患者に終了したことを伝え、点滴中の注意事項について説明する	・ナースコールの位置、点滴スタンド
⑰ 再度、刺入部、滴下数を確認し退出する	
⑱ 点滴開始から５分、１５分は訪室し、副作用の早期発見に努める	皮下水腫、血腫 静脈炎 アナフィラキシー 副作用発現時は、ただちに点滴を止め、他の看護スタッフに報告する
３．後片付け、実施記録 ① 後片付けを行い、手洗いを行う ② 静脈注射の実施記録を行う	３．後片付け、実施記録 ・看護記録を確認する ・一連の看護行為の振り返りを一緒に行い、プラスのフィードバックとなるように、チェックリストに沿って、出来たところと次回の目標を確認する

点滴静脈注射チェックリスト

部署（　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　　　）

◎:一人でできる　　○:支援があればできる

目標到達時期　3ヶ月～6ヶ月

確認項目	実施日（　　）		実施日（　　）		実施日（　　）	
	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価
1. 点滴静脈注射の目的・必要な状況を述べることができる						
2. 指示されている薬物の作用と副作用について述べることができる						
3. 点滴静脈注射に関連する血管・神経の走行が言える						
4. 点滴静脈注射の実施にあたって、実施可能かどうかをアセスメントし判断できる						
5. 医師の注射指示書で、患者氏名・薬剤名・投与方法・投与時間を確認できる						
6. 点滴静脈注射を行うための必要物品が準備できる						
7. 流水と石鹸で手洗いし、清潔操作を確実に実行できる						
8. 指示された薬剤を吸い、輸液パックにミキシングできる						
9. 輸液パックに適切な輸液セットを繋ぎ、プライミングできる						
10. 患者の元へ行き、ネームバンドと呼名（フルネームと生年月日）で、患者確認を行い、医師の注射指示書との一致を確認できる						
11. 患者に注射の目的と内容及び実施中の注意事項、副作用について説明し、同意が得られる						
12. 穿刺する部位を、患者の状態に応じ適切に選択できる						
13. 静脈穿刺を安全に実施できる						
14. 静脈に穿刺した針を確実かつ行動制限を生じない方法で固定できる						
15. 医師の指示された輸液量に従い、滴下数を調整できる						
16. 患者に点滴のための針の挿入・固定が終了したことを伝え、点滴中の注意事項について指導できる						
17. 患者の衣服や寝具を整え、行動制限が最小限になるように配慮できる						
18. 実施後、5～15分後の観察を実施できる						
19. 決められた方法で使用したものを破棄するなど後片づけができる						
20. 必要時、点滴静脈注射の実施終了について、リーダー等に報告できる						
21. 点滴静脈注射の実施を看護記録に記載できる						

コメント（今後へのアドバイス）

与薬の技術

～輸液ポンプ・シリンジポンプを使用した与薬～

【到達目標】

輸液ポンプ・シリンジポンプの取り扱いの基本を習得し、安全な与薬ができる

【到達までの期間】
３ヶ月～６ヶ月

【看護技術を支える要素】
・ 正しい薬剤知識をもち、曖昧な点は医師や指導者に確認できる
・ 清潔操作が実施できる
・ 患者確認を注射指示箋をもとに実施できる
・ 患者、家族にわかりやすい言葉で説明ができる
・ 患者の状況をアセスメントし、安全・正確な方法で与薬ができる
・ 薬剤の作用・副作用、静脈注射の合併症を理解し、異常の早期発見ができる
・ 静脈注射の確実な管理、実施中・後の観察ができる

【研修方法】

Ⅰ．輸液ポンプ

手　順	指導時の留意点
1．準備	1．　準備
1）注射指示箋で、患者氏名・日付・薬剤名・用法用量・投与時間・投与速度を確認する 2）流水と石鹸で手洗いを十分に行う	○新人看護職員の学習準備状況の確認 ・　静脈注射で習得した知識の確認 ・　注射薬を準備する時の計算方法の確認 ・　与薬に関連する安全対策、事故防止対策 ・　薬剤に関する知識：当該施設でよく使用される薬剤（麻薬、インスリン、鎮静薬、抗がん剤を含む）の作用、副作用、投与方法、標準的使用量、配合禁忌、添付文書の読み方などの基本的知識の確認 ・　点滴静脈内注射の管理：点滴静脈内注射の確実な管理、点滴静脈内注射実施中の観察（異常の早期発見・対応を含む）の確認 ○対象患者にこの薬剤をポンプを使用して輸液する理由の把握 ・　対象患者に関するアセスメント <u>以上を確認後、準備を見守り、ベッドサイドに同行する（不十分な場合は見学とし、自己学習を促す）</u>
3）必要物品を準備する 注射指示箋、輸液ボトル、薬剤、シリンジと注射針、輸液セット、消毒綿など	○適切な輸液セット選択の根拠の確認 ・　機種により指定の輸液セットを準備する
4）注射の準備をする（1患者1トレイ） ①薬剤を調合する ②輸液ボトルに輸液セットを接続する ③点滴筒の1/3程度まで薬液を満たす ④チューブの先端まで薬液を満たしクレンメを止める	○ミキシングの工程を確認し、清潔操作の徹底に留意する ・　液面が低すぎると気泡が混入し、高すぎると滴下の確認ができないので点滴筒の1/3程度満たす
5）機械が正しく作動するか確認する ①外観の破損・薬物の固着の有無、表示ランプとフィンガー部の作動の確認、扉内の閉塞検出部の確認	
②コンセントを差し込む	・適時手指消毒をするように指導する
③輸液チューブを装着する クレンメは、ポンプより下方の位置に装着する ポンプの扉を閉める 点滴プローブを点滴筒に装着する	・チューブは強く引っ張ると流量誤差が生じるため、強く引っ張らない ・点滴筒が傾かないように、滴下ノズルと液面の中間に装着する
④使用している輸液セットの滴数設定を確認する	準備の際、作業は中断しないように指導する途中で患者から声をかけられるなど、業務を中断した場合には、再度手順の最初から実施する

2．実施	2．実施 見守りながら不十分な点をサポートする
1）患者への挨拶・声かけを行い、輸液ポンプから薬を投与することを説明する	
2）患者の観察	○患者状態のアセスメント
3）患者氏名の確認 フルネームで名乗ってもらう、または患者識別バンド等で確認	○誤薬防止の方法を確認する ・フルネームでの確認を習慣づける
4）輸液ポンプから輸液を開始する ①輸液ポンプの電源コードをコンセントに接続する ②注射指示箋を確認し、投与速度を確認する ③輸液の予定量（　ml）を設定する ④流量をセットする ⑤輸液チューブのクレンメを開ける ⑥三方活栓の空気を抜く ⑦三方活栓に輸液チューブを接続し、三方活栓を開く ⑧輸液開始ボタンを押し、輸液が開始されたことを確認する ⑨輸液開始後の観察 滴下状況や患者の様子、正しく送液されていることを声に出し、指差し確認する	・途中で他の患者から声をかけられるなどの場合、緊急時以外は、業務を中断をせずに他の看護師を呼んで対応してもらう ○流量と予定量を誤って逆に設定してしまうことがないように注意する ○三方活栓の向きを患者側が止まるように変え、輸液セット側を開ける。三方活栓内に点滴の液を満たした後、輸液チューブをつなぐ ○輸液チューブ内や接続部の空気を抜く 流量、予定量を再度確認してから、スタートボタンを押す
5）患者に声をかけ、退室する	
6）開始10～15分後に1回、その後は1時間に 1 回、輸液量、患者の状態を確認する 観察すべき項目 電源、輸液ボトル、輸液ポンプ、滴下筒、クレンメ、輸液ライン、三方活栓刺入部、全身状態、患者生活状況など	○異常の早期発見ができる ・ 輸液ルートは、輸液ボトル→点滴筒→ポンプの表示→クレンメ→輸液ルート→延長チューブ→留置針刺入部と全ルートは、たどって確認する。および電源の確認を習慣づける
3．終了 1）「停止・ブザー消音」スイッチを押し、ブザーを消音する。再度「停止・ブザー消音」スイッチを押し、ポンプを停止させる。 2）クレンメを閉じる 3）ドアを開け、チューブクランプを解除し、輸液セットを外す 4）電源を切る 5）患者に輸液の終了を説明し、退室する	○輸液の積載量が予定量に達すると「完了」表示が点滅し、ブザーが鳴る。 ・ 予定量が「－－－」の場合は完了状態にはならない ・ 動作インジケータが消灯する。「停止」表示ランプが点滅することを確認する ・ 電源の表示が消灯することを確認する ・ ポンプからルートを取り外す時、クレンメが開放されたままだとフリーフローとなり、過剰投与の危険があることが理解でき、安全に交換することができる
6）実施記録を行う	・看護記録を確認する ・一連の看護行為の振り返りを一緒に行いプラスのフィードバックとなるように、チェックリストに沿って、出来たところと次回の目標を確認する

Ⅱ．シリンジポンプ

手　順	指導上の留意点
1．準備	1．準備
1）注射指示箋で、患者氏名・日付・薬剤名用法用量・投与時間・投与速度を確認する	○新人看護職員の学習準備状況の確認 輸液ポンプの項参照
2）流水と石鹸で手洗いを十分に行う	<u>以上を確認後、準備を見守り、ベッドサイドに同行する（不十分な場合は見学とし、自己学習を促す）</u>
3）必要物品を準備する 注射指示箋、薬剤、シリンジと注射針、延長チューブ、消毒綿、トレイ	・準備の際、作業は中断しないように指導する 途中で患者から声をかけられるなど、業務を中断した場合には、再度手順の最初から実施する
4）注射の準備をする ①薬剤を調合する ②シリンジに延長チューブを接続する ③トレイに注射器、消毒綿を入れる	
5）機械が正しく作動するか確認する ①外観の破損・薬物の固着の有無 ②シリンジポンプの電源を入れる	
③シリンジホルダーを引き上げ、クランプが下向きになるよう回転させる ④スライダーのPUSHボタンを押し、スライダーをシリンジの長さまで伸ばす ⑤注射器の外筒のつばをシリンジポンプの固定溝にセッティングする ⑥注射器の内筒のつばを押し子にセットする	○薬液をチューブの先端まで満たす
⑦シリンジホルダーを固定し、シリンジサイズが表示されることを確認する	・表示されるシリンジサイズと、使用するサイズ、メーカーが一致することを確認する ・正確にセットされている確認する
2．実施	2．実施 <u>見守りながら不十分な点をサポートする</u>
1）患者への挨拶・声かけを行い、輸液ポンプから薬を投与することを説明する	
2）患者の観察	○患者状態のアセスメント
3）患者氏名の確認 フルネームで名乗ってもらう、または患者識別バンド等で確認	○誤薬防止の方法を確認する ・フルネームでの確認を習慣づける
4）シリンジポンプから輸液を開始する ①注射指示箋を再度確認し、流量を設定する ②早送りボタンを押して、延長チューブの先端まで薬液を満たす	·プライミングを行う
③プライミングで加算された積算量をクリアする ④延長チューブ内の気泡がないことを確認する ⑤シリンジポンプの取り付け位置を調整する	○シリンジポンプの位置が患者より高い場合、シリンジの内筒が固定されていない時に高低落差により過剰送液される現象（サイフォニング現象）を説明、指導する

⑥メインルートの三方活栓のキャップを外し、消毒綿で拭く ⑦三方活栓内の空気を抜く ⑧三方活栓にシリンジポンプ側の延長チューブを接続する ⑨メインルートの滴下数を確認する	○三方活栓の向きを患者側が止まるように変え、シリンジポンプ側を開ける。三方活栓内に点滴の液を満たした後、輸液チューブをつなぐ
⑩三方活栓を開く ⑪注入開始ボタンを押し、シリンジポンプが送液を開始したことを、送液ランプの点滅で確認する ⑫正しく送液されていることを声に出し、指差し確認する	・途中で他の患者から声をかけられるなどの場合、緊急時以外は、業務を中断をせずに他の看護職員を呼んで対応してもらう
5）患者に声をかけ、退室する 6）開始10～15分後に1回、その後は1時間に1回、輸液量、患者の状態を確認する <u>観察すべき項目</u> 電源、シリンジ、シリンジポンプ、輸液ボトル、輸液ライン、刺入部、全身状況、患者生活状況など	○異常の早期発見ができる ・輸液ルートは、注射器→ポンプの表示→延長チューブ→三方活栓（接続してある場合）→延長チューブ→留置針刺入部と全ルート、および電源の確認を習慣づける
3．輸液中にシリンジを新しく交換する 1）ストップボタンを押し三方活栓を閉じる 2）使用済みのシリンジをシリンジポンプから外す 3）新しいシリンジをシリンジポンプにセットし、延長チューブを接続する 4）流量設定を確認し、三方活栓を解放する 5）スタートボタンを押す	◎輸液中にシリンジを新しく交換する ・過剰投与の防止方法を確認する ポンプから注射器を取り外す時、三方活栓が開放されたままだとフリーフローとなり、過剰投与の危険があることが理解でき、安全に交換することができる 正しいアラーム対処ができる 《三方活栓による閉塞の場合》 1）アラームが鳴ったら、アラーム表示を確認する 2）ブザー停止ボタン（アラーム停止ボタン）を押す 3）閉塞部位（三方活栓、ルート圧迫など）を確認する 4）三方活栓を閉じたまま、下にアルコール綿などを置き、三方活栓と延長チューブの接続部位を外し、過剰な薬液を除去する 5）内圧を下げてから再度接続し、三方活栓を開放する 6）スタートボタンを押す

4．終了 1）ストップボタンを押し三方活栓を閉じる 2）患者に輸液の終了を説明し、退室する	○　異常の早期ができる ・　シリンジから接続・刺入部位までルートを確認し、閉塞部位を探す ○　過剰投与の防止方法を確認する
5．実施記録をする	輸液ポンプの項参照

輸液・シリンジポンプチェックリスト

氏名（　　　　　　　　　　）

◎：一人でできる　　〇：支援があればできる

目標到達期間　３ヶ月～６ヶ月

確認項目	実施月日	自己評価	他者評価
1.　基本的知識 ① 輸液・シリンジポンプを使用時、誤った注入量の設定が致死的な事故を引き起こすことが理解でき、安全面のルールを述べることができる			
② 輸液・シリンジポンプを使用時、専用輸液セット・注射器があることが理解できり、準備することができる			
③ ライン複数挿入時は投与経路を間違える可能性があることが理解でき、安全面のルールを述べることができる			
④ 指示された薬剤が輸液・シリンジポンプを使用する理由を述べることができる			
⑤ 輸液・シリンジポンプのアラームの見方と対処方法を述べることができる			
⑥ 輸液・シリンジポンプ使用中無停電コンセントに接続する意味を述べることができる			
⑦ 落下の危険がないように輸液・シリンジポンプの固定を安全に実施することができる			
⑧ 輸液・シリンジポンプ使用中電源が確保されているか確認することができる			
⑨ 輸液・シリンジポンプが交流電源と電源バッテリーの区別をすることができる			
⑩ 輸液・シリンジポンプのバッテリーの充電の量を確認することができる			
2.　準備 ① 注射指示書で、患者氏名・薬剤名・投与量・投与方法・投与時間・投与速度を確認することができる			
② 流水と石けんで手洗いを十分に行うことができる			
③ 必要物品が準備できる			
④ ポンプが正しく作動するか確認することができる			
3.　実施 ① 患者へのあいさつ、声かけを行うことができる			
② 患者氏名の確認をフルネームで行うことができる			
③ 輸液・シリンジポンプ使用にあたって患者にわかりやすい説明を行い、同意を得ることができる			
④ 患者状態の観察、アセスメントができる			
⑤ 安全・正確に輸液・シリンジポンプから輸液を開始することができる			
⑥ 輸液・シリンジポンプを使用する時、ルートや注射器を確実にセットできる			
⑦ 指示通りの正確な点滴速度の設定ができる			

⑧ 輸液・シリンジポンプからルートや注射器を取り外す時、クレンメや三方活栓が開放されたままだとフリーフローとなり、過剰投与の危険があることが理解でき、安全に実施することができる			
⑨ シリンジポンプに注射器をセットする時、機械のあそびを取ることができる			
⑪ 輸液・シリンジポンプからの輸液中の患者の状態を観察することができる			
⑫ 周囲の環境を整備し、患者に挨拶をしてから退室できる			
⑬ 必要時、実施内容を指導者等に報告できる			
⑭ 必要時、看護記録に記載できる			

コメント（今後へのアドバイスなど）

活動・休息援助技術

～車椅子による移送～

（複数のルートや酸素投与中、麻痺があるなど体動、移動に注意が必要な患者への援助）

【到達目標】

安楽に配慮しながら安全に移送介助ができる

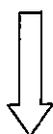
【到達までの期間】

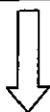
１ヶ月（軽症例）から３ヶ月（重症例）

【看護技術を支える要素】

・必要物品の安全確認が出来る
・環境に配慮し、安全確保が出来る
・危険の予測が出来る
・患者及び家族へ、わかりやすい言葉を用いて説明出来る
・プライバシーに配慮出来る
・患者の状態をアセスメントし、個々の状況に応じた移乗介助ができる

【研修方法】

実際の場面を見学

担当者：実地指導者
研修内容：
基礎教育での知識と看護技術の確認を行う
ボディメカニクスの基礎知識、安楽な体位･姿勢のポイント
車椅子移送の留意点を確認する
対象のアセスメント、実際の移乗・移送の技術

シミュレーション・評価

担当者：実地指導者
研修内容：シミュレーション後に、チェックリストを用いて評価する

↓

実施

担当者：実地指導者

研修内容：手順に沿って実施する

↓

振り返り・評価

担当者とともにチェックリストを用い行為を振り返る

1．準備 ① 車椅子を準備する タイヤの空気は適切か、ブレーキは効くか、フットレストはきちんと動くか 点滴ライン、酸素チューブ、バルンカテーテルなどチューブ類がある場合の必要物品を準備する ・酸素ボンベの準備・残量確認 ・点滴スタンド（車椅子付属） ・廃液バックカバーなど ・シリンジポンプ使用の場合は、バッテリーの確認 ・必要時フットレストカバーの準備 ・安楽枕やクッションの準備 ・必要時安全ベルトの準備	1．準備 ○新人看護職員の学習準備状況の確認 ・ボディメカニクスの基礎知識 ・安楽な体位･姿勢のポイント ・車椅子移乗の留意点を確認する ・車椅子の操作方法 ○患者の状況（病状・身体可動性の障害の部位・程度など）を確認する 必要時、患者の状況に伴う移送の留意点を説明する ○移乗・移送時の危険予知、予防の指導 以上を確認後、準備を見守り、ベッドサイドへ同行する
2．実施 ① 患者へ挨拶し、車椅子移乗と行き先を説明し承諾を得る ② 患者の観察 必要時、バイタルサイン測定を行う ③ 患者の身支度を整える ④ 車椅子をベツドに対して 20～30 度の角度で置く ⑤ フットレスを上げ、ブレーキをかける ⑥ 患者を端坐位にする。端坐位の姿勢で患者の両足底をしっかりと床面につける 眩暈、気分不快の有無を確認する ⑦ 患者に今後の動作の説明をする たち上がること、軸足を中心に回転すること、車椅子に座ることを説明する	2．実施 ・見守りながら、不十分な点をサポートする ・患者の希望（カーディガンなど）や膝掛けの準備など移送目的にあった着衣の準備ができるよう指導 プライバシーの保護･患者の羞恥心への配慮の指導 ・車椅子の配置では、患者の身体機能（自立が可能か、麻痺の有無や程度）に応じて考慮する必要性について説明する 麻痺のある患者は、健側に車椅子に寄せる 輸液療法や酸素療法を受けている患者の介助の場合、点滴や酸素チューブに余裕をもたせておく。移乗前に、点滴や酸素ボンベにつなげる 見守りながら、不十分な点をサポートする

⑧ 患者の両腕を看護師の肩に置く 点滴ラインが入っている場合は、ルート類に十分注意する ⑨ 看護師は両手を患者の背部に手を回し、手を組み、立ち上がる時には脇を締める 看護師は自分の足を患者の足の間に入れ、患者の腰を自分の腰に引きつけるようにし、後ろ足に重心がかかるように後方へ反るように患者と息を合わせて、患者をたたせる	酸素チューブ、ドレーン類、点滴などが入っている場合は、抜針・抜去などに十分注意するように指導する
⑩ 回転し、車椅子の位置を確認し、ゆっくりと降ろす ⑪ 坐位の位置を整える ⑫ フットレストに足を乗せる 必要時安全ベルトの装着 ⑬ 移乗後の患者の一般状態と皮膚の観察	安全・安楽な姿勢か確認する 麻痺のある患者に、身体のバランスが保てるように、安楽枕、クッションなどを使用する 移乗後の観察と確認 ・点滴ルートをたどり、刺入部位の確認、ルートのゆるみがないかを確認し、滴下数の調整を行う ・シリンジポンプの流量、バッテリーの確認 ・酸素流量、残量の確認
⑭ 移送する 出発することを患者に伝える ブレーキをはずしゆっくりと車椅子を押す 患者の表情が見えないので、声かけを行いながら状態を把握する	移送時の車椅子操作の原則を確認し、説明する。 ・エレベーター、坂、段差に注意する
⑮ 移送後、車椅子からベッドへ⑦から⑪の手順で移乗する。	

⑯ 観察・確認をする ・患者の一般状態・皮膚状態 ・必要時、バイタルサイン・パルスオキシメーターの測定 ・点滴部位、ルートのゆるみ、シリンジポンプの流量 ・酸素流量の確認	
3．後片付け、実施記録 ①必要時、看護記録の記載	3．後片付け、実施記録 ・看護記録を確認する ・一連の看護行為の振り返りを一緒に行い、プラスのフィードバックとなるように、チェックリストに沿って、出来たところと次回の目標を確認する

【チェックリスト】

車椅子移送チェックリスト　　　　　氏名（　　　　　　　　　　）

◎：一人でできる　　○：支援があればできる

目標到達期間　□1ヶ月　　■3ヶ月

確認項目	実施日	自己評価	他者評価
① 車椅子移送の目的･必要な状況を述べることが出来る			
② 車椅子の構造や使用方法を述べることが出来る 点検内容が言える			
③ ボディメカニクスの原理・原則を述べることが出来る			
④ ベッドから車椅子へ移乗時の留意点を述べることが出来る			
⑤ 移乗前の観察項目を述べることが出来る 患者の状況・観察項目が言える			
⑥ 移乗・移送時、患者の状況に応じた、危険のポイントが言える			
⑦ 患者の状況に応じた、必要物品の準備が出来る			
⑧ 患者へ説明し、同意が得られる			
⑨ 羞恥心に配慮した対応が出来る			
⑩ 軽症患者の移乗が出来る			
⑪ ⑤の観察項目、⑥の危険のポイントを踏まえて、 患者の状況や状態に応じた、移乗が出来る。 危険の回避、安全に配慮出来る。			
⑪ 患者にあった適切な声かけが出来る			
⑫ 移乗後の患者の観察が出来る。確認行動が出来る			
⑬ 目的が終了し、ベッド臥床後の患者の観察や配慮が出来る。			
⑭ 必要時、看護記録に記載出来る			

コメント（今後へのアドバイス）

20.「今後の看護教員のあり方に関する検討会」について

「今後の看護教員のあり方に関する検討会」

～検討会報告書（案）の概要～

【看護師等養成所における看護教員の養成】

○看護教員養成講習会の実施要領の見直し・改正
○看護教員養成講習会のガイドラインの作成・提示
○代替要員の確保など養成所への財政支援による看護教員養成講習会の受講促進

など

看護教員の養成段階における質の確保・充実

【看護教員の継続教育】

○新任看護教員に対する研修やサポート体制の強化
○教員のキャリアアップに繋がる継続教育の仕組みづくりの検討
○学会や大学院等 の活用

など

看護教員が生涯を通じて能力を維持・向上するための継続教育の充実

【臨地実習の教育体制】

○実習指導者の専任配置、又は看護教員・実習指導教員・実習指導者のいずれかが、直接指導ができる体制整備の推進 など

学生等の看護実践能力の向上

今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書（案）

はじめに

平成２０年７月にまとめられた「看護基礎教育のあり方に関する懇談会論点整理」において、看護基礎教育の充実に向けたどのような方策を進める上でも共通する課題のひとつとして、看護教員の質・量の確保が指摘された。これを受けて、平成２１年３月の「看護の質の向上と確保に関する検討会」中間とりまとめでは、看護教員の専門性を高めるための看護教員の継続教育や、看護教員が臨床現場で実践能力を保持・向上するための機会の確保、高度実践能力を持つ看護職員の活用など、教育機関の創意工夫が必要であることが示されたところである。

これを踏まえて、本検討会は、看護教員の資質の維持・向上に向けた現状と課題を把握し、看護教員の養成と継続教育の推進、看護実践能力の保持・向上に関する方策について検討し、これまで７回にわたって議論を重ね、今般、その結果を報告書としてとりまとめた。

Ⅰ．看護教員の資質・能力に関して

１．看護教員の資質・能力に関する課題

○看護基礎教育を充実させるためには、看護教員の質の向上が不可欠であり、質の高い教育を実施することができる看護教員にはどのような資質・能力が求められるのかを整理し、目標を示すことが必要である。

○看護教員には看護実践能力と教育実践能力のどちらも必要であり、そのバランスが重要であり、その両方を補い合うシステムを作ることが重要という意見があった。

○その一方で、看護教員が看護実践能力を維持することは困難であり、臨床現場を離れている看護教員に一律に看護実践能力を求めるのは無理がある。看護教員は、自らの看護実践能力を維持することが優先されるのではなく、臨床現場で誰に学生等を委ねたら優れた指導をしてもらえるかを見極め、臨床実践の状況を教材として学生等に説明できる能力が求められるという意見もあった。

２．看護教員に求められる能力と向上すべき資質

○看護教員に求められる能力と向上すべき資質として重要なものを本検討会の議論から抽出した。

１）求められる能力

①看護実践能力

・最新の医療に関する技術や知識などを有し、看護を実践できる能力

②教育実践能力

【教育課程】

・時代の要請に合ったカリキュラムを作成する能力

【授業設計・実施】

・自らの専門領域の教育のみでなく、全ての領域とのかかわりを意識して教育を展開する能力

・学生等が、リアリティーを感じながら自分の問題として学ぶことができる学習環境を設定する能力

・学生等の体験や臨床実践の状況を教材化して学生等に説明できる能力

➢ 教材化のためには、さらに学生等及び患者理解の能力、言語化能力、状況把握能力などが必要である

【学生等指導・評価】

・多様な学生等に対応できる指導力

・臨地実習の中で学習を積み重ねていく学生等を定性的に評価できる能力

・学生等が自らの能力開発に将来活かすことができるような客観的な評価を行える能力

③コミュニケーション能力

・学生等が抱えている精神的、身体的な課題に対応できるカウンセリング能力

・教育的視点や有する知識を正確に伝える能力

・教員と実習先の看護職員間の調整能力

④マネジメント能力

・運営に主体的に参画でき組織目標の達成に向け、リーダーシップが発揮できる能力

⑤研究能力

・専門分野の研究に関する最新情報を収集し、教育に活用できる能力

・日々の教育活動の中に課題を見出し、研究に取り組める能力

2）向上すべき資質

・対人関係における自己の表現力や相手に対する理解

・多様な個性を尊重する人権意識や倫理観

・人間として、看護職として、教員としての魅力

Ⅱ．看護師等養成所※における看護教員養成のあり方について

1．看護教員の要件について

１）看護教員の要件に関する課題

○看護基礎教育を充実するためには、看護教員の質と量の双方を充実・強化させることが必要であり、看護教員の要件についても、質と量の観点から議論することが必要である。

○大学卒や大学院修了の看護職員が増加する中、これらの看護職員の看護師等養成所の看護教員への活用を推進することが考えられる。

２）看護教員の要件の見直しについて

○看護教員には一定期間業務に従事していた経験が必要であるが、看護教員確保の観点からは、現行の要件において求められている５年を３年にし、その一方で、従事が必要な業務内容を明示し、質の確保を図るべきという意見があった。

○一方、現在の臨床現場の看護師の状況から考えると、業務への従事が３年では学生等を教育することは難しいと思われることから、５年以上を維持すべきという意見もあった。

○看護教員確保の観点から、大学や大学院等での教育内容のうち、看護教員の要件の対象とする履修内容を拡大し、大学卒や大学院修了の看護職員の看護教員への活用が推進されるようにすることが必要である。

２．看護教員養成講習会について

１）実施体制・方法

①現状と課題

○看護教員養成の約８割は、都道府県による看護教員養成講習会（以下、講習会という）が担っている。しかし、受講希望者の減少等により、開催基準である定員３０名以上を満たす受講者数を１都道府県で確保するのが困難であるため、開催しないところが多いのが現状である。また講習会の実施方法、修了の基準や評価などが実施要領に具体的には示されておらず、実施状況は多様となっている。このように、看護教員の養成は、量的にも質的にも平準化していない状況である。

○講習会開催県が限定的であることから、受講を希望しても物理的な問題や家庭の事情等により受講できないという状況があり、現在の実施方法が続く限り改善は困難である。

※　厚生労働大臣の指定する看護師等養成所

○また、すでに看護教員となっている者のうち、講習会を受講していない者（以下、未受講者）に講習会を受講させると欠員状態となり、教育体制に支障が出

るため、講習会に参加させることが困難な養成所もある。
○都道府県が実施する看護教員養成講習会に対して、国はこれまで講習会の実施要領を示し補助を行ってきたが、全国的に見ると質・量ともに格差が生じ、必ずしも効果的な制度運用が行われてきたとは言い難い。

②当面の改善策

○看護教員の養成を全国的に平準化するためには、講習会をブロック単位で調整した上で開催するなどの仕組みが構築されることが必要であり、その調整は当面国が行うべきである。その際には、他の都道府県からの受講希望者を受け入れやすくするため、開催都道府県に対して財政的な支援を行うべきである。
○看護教員の確保の観点から、講習会による養成だけに頼るのではなく、看護系大学における看護教員の養成を推進するため、財政面も含めた支援が求められる。
○その場合、北海道から九州までの各ブロック内で、少なくとも１大学以上が実施するように調整・推進することも、実現に向けた方策の一つとして考えられる。
○一方、すでに教員となっている未受講者の受講を促進するためには、代替要員の確保など養成所に対する国の財政支援が求められる。

２）教育時間・内容

①現状と課題

○現行では８ヵ月で900時間の講習会を実施しており、つめこみ教育になっている。
○講習会を受講することにより教員としての姿勢や態度に変化が見られ有益である一方、講習会の内容に教員業務のすべてが含まれているわけではないので、すぐに業務に反映できる内容を盛り込むことも必要である。
○看護教員に求められる能力は時代とともに変わってきており、現在学生等を育む教育学や教育論の視点が不足しているとの指摘もあるが、時代の変化に伴い講習会の教育内容を適宜見直すことが求められている。
○講習会の企画・運営はいわば「丸投げ」状態となっており、都道府県担当者が看護教員の養成に必要な教育内容について把握し、理解できるような仕組みになっていないことも指摘されている。

②当面の改善策

○講習会において十分な講習成果を上げるためには、教育内容を整理するととも

に、ゆとりのある期間を設定すべきである。また、看護基礎教育内容の改正に合わせて、講習会の教育内容を見直す必要がある。
○講習会の質の確保・向上のため、看護教員養成における教育内容を見直すとともに、受講者の評価や講習会全体の評価なども含めた看護教員養成のためのガイドラインを早急に作成することが必要である。
○また、ガイドラインには、教員養成のための教育内容を示すだけでなく、教育目標として看護教員がどのような能力を身につけるべきか、また受講修了の基準を示すべきである。
○さらに、講習会を企画する都道府県担当者への情報提供や企画に関する相談体制を構築することが必要であり、こうした支援を国が行うべきである。

3．今後の看護教員養成のあり方について

○より多くの受講希望者が就労を継続しながらでも受講できるよう、ｅラーニング等の通信制の導入について検討する必要がある。ｅラーニング等を活用することにより、知識の習得に関しては講習内容を統一することができ、これにより教員養成の質を一定程度確保することができる。
○また、現行では時間数で示されている教育内容を単位制とし、受講者の状況に応じた複数年にわたる分割履修や放送大学等の活用も求められる。
○受講者の利便性を高めるためには、近隣の看護系大学での科目等履修により修得した単位を「教員養成課程」の一部として認定できるようにすることも必要である。
○また、看護教員の質を確保し、教員自身の意欲の向上を図るため、教員養成講習会を修了したことを公的に認証し、更新制とする。さらに看護教員の教育における能力を評価する仕組みを構築することについても検討する必要がある。
○現在、看護師等養成所の看護教員を育成する講習会には実習指導者講習会・看護教員養成講習会・専任教員の再教育研修・幹部看護教員養成課程があるが、これらを連動させ、看護教員のキャリアパスとして示すことで、看護教員養成講習会修了者の自信に繋がると考えられる。さらには学位取得に繋がるようなコースとして示すことが望まれる。
○看護基礎教育の充実に向け、看護教員の質・量の充実は極めて重要な課題であり、質の高い看護教員養成の体制整備を図ることは急務であり、国は、こうした体制整備を支援すべきである。さらに、将来的には質の高い看護教員養成のために、大学や大学院での教員養成を促進することが望まれる。

Ⅲ.看護教員の継続教育について

1．看護教員の継続教育・評価について

１）現状と課題

○現在、看護教員の継続教育を実施する上で教員の配置数、臨床現場との連携、新人教員への支援が課題となっている。

○看護師等養成所では、設置主体や養成所ごとで経験年数に基づく段階別の看護教員に対する研修を体系化しているところがある一方で、小規模独立型の養成所では、教員数やノウハウ等の問題から研修の体系化が困難となっている。

○都道府県では、国の補助事業として、看護師等養成所の専任教員再教育事業を行ってきたが、実施しているのは一部の都道府県のみである。また、その実施内容や回数は様々で、トピックを取り扱った単発の研修が大半を占めており、この研修だけでは、十分なキャリアアップが困難な状況となっている。

○このように、看護教員が看護師等養成所で能力を発揮しながら教育にあたるという環境が必ずしも十分に整っていないことから、大学院修了等によりキャリアアップした看護教員たちは、看護師等養成所から大学へ移動する傾向がある。

○一方、大学や大学院では、教師教育という意味でファカルティ・ディベロップメント（以下FDという。）※1の取り組みが義務づけられており、教育実践能力や研究能力の向上ための研修、教育方法改善のための授業検討会の開催等といった活動を実施している。

○教育機関の中には、臨床現場との連携を図るために、病院と教育機関のユニフィケーション※2を行っているところもあるが、身分の保障や給与の関係などの問題で十分に実践できていないところも多い。

○新人教員については研修の有無に関わらず、入職後すぐに一人の教員としての実践が求められるという過酷な現状があるため、指導教員や助言システムを整えているところもあるが、すべての看護師等養成所で整えられているわけではない。特に、新人教員が１人のみの場合では、１人で不安や悩みを抱えることになり、バーンアウトにつながる傾向があるとの指摘もある。

○教員の自己評価、学生等や保護者による他者評価システムは全体的に浸透しつつあるが、組織全体の教育環境に関する評価・改善システムにつながっているところは看護師等養成所においては少ない状況である。

○幹部看護教員養成課程で実施されている教育内容は、看護師等養成所の運営上、大きな役割を果たしており、継続教育の中に養成所の運営に関わっていく幹部看護教員を対象とした研修を位置づけることは重要である。

※１ファカルティ・ディベロップメント：教員が授業内容・方法を改善し、向上させるための組織的な取組みの総称

※２ユニフィケーション：看護サービスと教育ならびに研究の責任を１つの管理組織に所属させること（看護実践・教育・研究の統合）

２）当面の改善策

○どのような要件で看護師等養成所の教員になったとしても、教員としての基礎がつくられる新任期の研修が重要である。そのため、新任期の研修体制を構築し、看護教員の質の確保・向上のための財政支援を含めた方策を講じることが必要である。
○新人の看護教員を支えるためには、メンターやスーパーバイザーの設定など多様なフォローアップ体制が考えられるが、新任期の研修体制構築と併せて検討することが求められる。
○一部の看護師等養成所で行われている体系化された看護教員の継続教育研修や、大学で行われている看護教員向けの公開講座などを他の小規模独立型の養成所でも活用できるようにするため、それぞれの地域において、大学等関係機関の協力を得ながらブロック毎にネットワークを作り、その継続教育プログラムを部分的に受講できる仕組みづくりを検討することが望まれる。
○看護教員の継続教育は、行政を主体とするよりも、学会を主体として展開することも効果的であり、学会の中で、看護教員の継続教育カリキュラムを複数組んで、多様なプログラムが展開できるよう国の働きかけが必要である。
○国の補助事業として、一部の都道府県で実施されている看護師等養成所の専任教員再教育事業の中で、看護教員の成長段階別など個々のキャリアアップにつながる内容も行われるよう検討すべきである。
○小規模な看護師等養成所の看護教員が一定期間の研修に参加できるようにするために、代替教員を派遣する仕組みが必要である。
○一方で、看護教員の継続教育は、看護師等養成所内においてFDの一環として、教員相互の授業参観による教育実践能力の向上などといった能力開発に取り組むことが必要である。
○看護教員が運営管理に関する知識の修得等を通じ、看護師等養成所において管理的役割を果たすなどといったキャリアアップを図るために、大学院を活用することも考えられる。

２．今後の看護教員の継続教育について

○看護師等養成所の看護教員も職位の違いだけに留まらず、魅力的な専門職業として、キャリアアップしていく仕組みをより多彩に整備する必要がある。
○個々の看護教員のキャリアアップを考える際に、例えば看護師の成長段階別モデル（ラダー）と同様に、看護教員についても新任、中堅、ベテランといったラダーを作成し、看護教員自らがキャリアアップできるシステムを整備すべきである。
○看護師等養成所においても、大学や大学院のように看護教員のＦＤの義務化について検討する必要がある。また将来的には、看護教員の教育実践能力の向上

のための FD が、設置主体の異なる看護師等養成所間で連携して行われることが望まれる。

○看護教員が生涯を通じてキャリアアップを重ね、モチベーションを維持していくためには、教育の成果や専門性を自己点検・自己評価できるようなシステムと組織全体の教育環境に関する評価・改善システムの整備が看護師等養成所には必要である。

○看護教員の看護実践能力の向上を図るために、将来的には看護師等養成所と臨床現場の連携によるユニフィケーション等のシステム化を推進するための検討が必要である。

Ⅳ. 学生等の看護実践能力の向上を図るための教育体制について

１．臨床現場で看護を実践している看護職員の活用と臨地実習の指導体制について

１）現状と課題

○臨地実習指導に関わる看護教員や臨床の実習指導者が不足していることから、学生等が患者へ直接的な看護を実習の中で十分に行える環境が整備されていない現状がある。

○臨床の実習指導者は、配属先の通常業務との兼務で指導することが多く、学生等が実習指導者から十分な指導を受けられる実習環境が整っていない現状がある。

○実習施設によって実習指導者の配置数には差があり、実習施設で職員を実習指導者講習会へ派遣する際は、施設側の負担で行われている。

○看護教員が看護実践能力を維持するためには、臨床現場で看護を実践する必要があるが、その立場と責任の所在が大きな課題となっている。

○臨床現場で看護を実践している看護職員の活用の例としては、専門看護師が主に大学院教育で、また認定看護師が看護師等養成所や大学の教育に活用されており、学生等に最新の知識や技術が提供できるだけでなく、職業人モデルとして看護職への動機付けを与える効果があるとの指摘もある。

２）当面の改善策

○学生等の実習の質を上げるためには、学生等が行う学内演習時から臨床の実習指導者が関わることのできるシステムや、高度実践能力を持つ看護職員（専門看護師や認定看護師等）を教員として活用するシステムを作る必要がある。また、高度実践能力を持つ看護職員を地域内にある複数の教育機関で広く活用するなどの仕組みも求められる。

○さらに、学生等の看護実践能力の向上のため、臨地実習の際には実習指導者の専任配置又は看護教員や実習指導教員もしくは実習指導者のいずれかが、直接実習の指導ができる体制整備を推進する必要がある。
○その際には、学生等が効果的な実習指導を受けられるよう、同一レベルの指導が継続的に行われる体制を作ることが重要である。
○看護教員と臨床の実習指導者は、患者を尊重する立場と学生等の教育者としての立場との調和を保つことが重要で、協働する中でうまく役割分担をしていくことが望まれる。さらには、看護教員と臨床の実習指導者が同じ目標に向かって学生等の達成度合いを評価しながらその結果を共有し、指導していく体制を作ることが重要である。

２．今後の学生等の看護実践能力の向上を図るための教育体制について

○看護学生が受ける看護基礎教育の質の充実を図るには、臨床現場で看護を実践している看護職員の活用が促進されることが望ましい。そのためには、臨床現場での指導体制の充実が可能となるいわゆる臨床教員制※等の導入が、付属病院のない学校養成所でも進むような体制整備が必要である。
○また、そういった体制を整えて医療人材の育成に貢献している実習施設が、教育に熱心な施設として社会的に評価される仕組みを検討する必要がある。
○学生等の看護実践能力を向上させ、臨床現場との乖離を少なくするためには、教員に対する研修や臨地実習の指導体制の充実などを促進することが重要な課題であると言われている。しかし、看護基礎教育の質の向上を目指すには看護教員の現在の配置人数では外部研修の受講や臨地実習における学生等への十分な指導などに限界があることがこれまでも指摘されており、今後、現行の配置基準の引き上げを検討することが望まれる。

※　臨床教員制：決まった定義はなく、経験年数や専門分野等の一定基準のもとに、臨床現場で働く看護職員が契約を交わし、学校養成所から「臨床教授」「臨床教員」「臨床講師」等の称号を与えられて看護学生の講義や演習、実習の指導にあたるなど、実態は様々である

おわりに

　看護基礎教育の充実に向けた様々な方策を進める上で、看護教員の質の向上を図ることは重要であることから、今回、初めて看護教員の今後のあり方も含めた検討を行ってきた。
　検討を重ねた結果、看護教員や看護基礎教育の現場をめぐる多くの課題が整理され、それらを改善するための方向性が示された。今後は、これらの改善策

を看護教員、看護師等学校養成所、看護教育に携わる団体や学会、都道府県、国が連携・協力して着実に推進していくことが重要である。

　看護教育については、現在、厚生労働省の他の検討会で議論されているところであるが、看護教員にかかる中長期的な視点に立った改善策についても、これらの検討会における議論を踏まえ、看護の質の向上と確保を図るため、連動性を持った効果的な政策を検討すべきである。

　一方、改善策の具体的内容にまで結論が至らなかった事項についても、一定の方向性が示されており、看護教員の質の向上を目指して、継続的な検討や所要の対応がとられることが望まれる。

２１．平成２１年度　経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師候補者の受入れについて

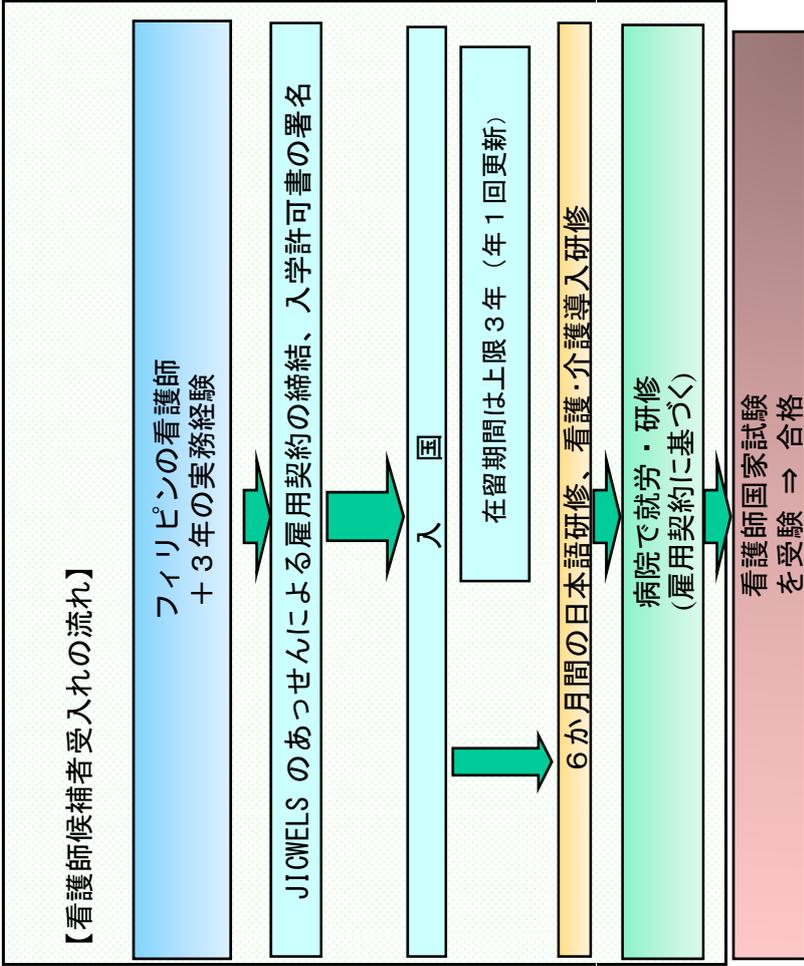
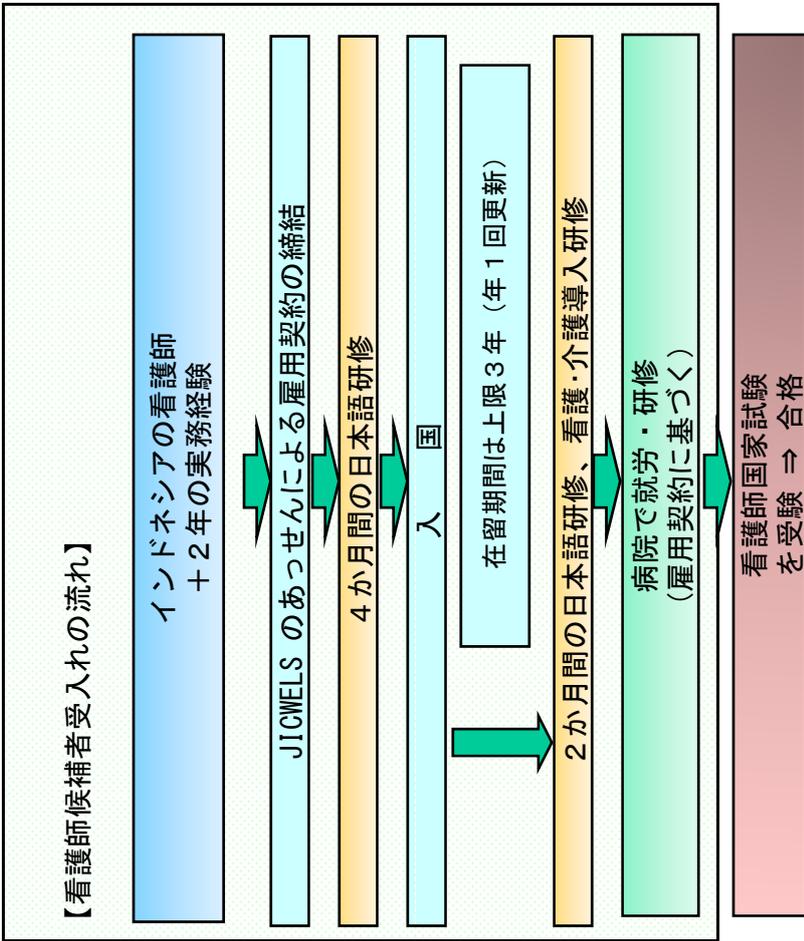
・経済連携協定に基づく外国人看護師候補者の受入れについては、経済活動の連携の強化の観点から、二国間の協定に基づき、公的な枠組みで特例的に行うものである。（看護分野の労働力不足への対応ではなく、労働市場への影響を考慮して受入れ最大人数を設定。）

・外国人候補者の受入れを適正に実施する観点から、我が国においては国際厚生事業団（JICWELS）が唯一のあっせん機関として位置づけられ、これ以外の職業紹介事業者や労働者派遣事業者に外国人候補者のあっせんを依頼することはできない。

インドネシア

平成20年７月１日　協定発効
平成20年８月　第１陣104名を受け入れた。
平成21年７月　インドネシアで4か月間の日本語研修を開始。
平成21年11月　第２陣173名が入国し、2か月間の日本語研修を経て22年1月より就労開始予定。

フィリピン

平成20年12月11日　協定発効
平成21年５月　第1陣が6か月間日本語研修を受講。
平成21年10月　88名が就労開始。

※受入れ最大人数：平成20年度、21年度の２年で400名
　平成22年度　200名
※不合格者（資格を取得しなかった者）は、帰国する。
※国家資格の取得後は、引き続き、看護師として滞在･就労が可能。（更新あり、上限なし）

※受入れ最大人数：当初２年で400名
※不合格者（資格を取得しなかった者）は、帰国する。
※国家資格の取得後は、引き続き、看護師として滞在･就労が可能。（更新あり、上限なし）

22．保健師助産師看護師法等の改正について

保健師助産師看護師法等改正（H21．7．15公布）

趣旨

今後、地域医療を守り、国民に良質な医療、看護を提供していくためには、医師のみならず、看護師をはじめとする看護職員が、チーム医療を担う重要な一員としてその専門性を発揮することが極めて重要であり、その資質及び能力の一層の向上や、看護職を一層魅力ある専門職とすることを通じた看護職員の確保が求められている。

本改正は、こうした必要性にかんがみ、国家試験の受験資格を改めるとともに、新人看護職員の臨床研修その他の研修等について定めた。

（改正法は平成２２年４月１日から施行）

受験資格の改正
（保健師助産師看護師法）

①保健師国家試験の受験資格について、文部科学大臣の指定した学校における修業年限を６か月以上から１年以上に延長すること。

②助産師国家試験の受験資格について、文部科学大臣の指定した学校における修業年限を６か月以上から１年以上に延長すること。

③看護師国家試験の受験資格を有する者として、文部科学大臣の指定した大学において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者を明記すること。

新人看護職員の研修等

【保健師助産師看護師法改正関係】

保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならないものとすること。

【看護師等の人材確保の促進に関する法律改正関係】

① 看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針に定める事項について、看護師等の研修等を明記すること。
② 国の責務について、看護師等の研修等を明記すること。
③ 病院等の開設者等の責務について、イ）新規採用看護師等に対する臨床研修その他の研修の実施及び、ロ）看護師等が自発的に研修を受けるための配慮を明記すること。
④ 看護師等の責務について、研修を受けること等を明記すること。

23．看護職員就業場所別就業者数の推移

（単位：人）

区　分	総　数	保健所	市町村	病　院	診療所	助産所	介護老人保健施設	訪問看護ステーション	社会福祉施設	介護老人福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
15年	1,268,450	9,156	31,221	803,393	279,298	1,707	32,372	26,872	15,216	21,333	20,917	6,341	13,305	7,319
16年	1,292,593	8,894	30,724	811,538	287,238	1,739	33,991	26,434	14,060	22,892	27,089	7,626	13,381	6,987
17年	1,308,409	8,888	32,762	818,580	283,623	1,694	35,494	27,266	14,131	23,427	32,228	8,738	14,056	7,522
18年	1,333,045	8,534	32,702	831,921	290,929	1,646	35,963	27,307	15,641	25,505	33,923	7,613	13,637	7,724
19年	1,370,264	8,381	33,311	851,912	297,040	1,636	37,995	28,494	16,354	27,348	37,695	8,294	13,859	7,945

（注1）「病院」については、「病院報告」に基づく。
（注2）「診療所」については、H17年は「医療施設調査」に基づく。平成15、16、18、19年は看護課で推計した。
（注3）「病院」及び「診療所」以外については、H16、18年は「衛生行政報告例」に基づく。平成15、17、19年は看護課で推計した。

保健師・助産師就業者数（年次別、就業場所別）

保健師就業者数(年次別、就業場所別)

（単位：人）

年次	総　数	保健所	市町村	病　院	診療所	介護老人保健施設	訪問看護ステーション	社会福祉施設	介護老人福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
15年	45,976	7,588	22,645	2,587	6,887	62	477	494	64	550	1,934	892	1,796
16年	46,024	7,635	22,313	2,766	7,114	37	487	471	33	472	2,415	841	1,440
17年	46,764	7,646	22,780	2,939	6,887	39	427	406	55	681	2,556	919	1,429
18年	47,088	7,185	23,455	3,073	6,985	38	309	337	37	496	2,437	884	1,852
19年	48,246	7,137	23,833	3,605	7,096	39	301	350	41	492	2,651	896	1,805

（注1）「病院」については、「病院報告」に基づく。
（注2）「診療所」については、H17年は「医療施設調査」に基づく。平成15、16、18、19年は看護課で推計した。
（注3）「病院」及び「診療所」以外については、H16、18年は「衛生行政報告例」に基づく。平成15、17、19年は看護課で推計した。

助産師就業者数(年次別、就業場所別)

（単位：人）

年次	総　数	保健所	市町村	病　院	診療所	助産所				社会福祉施設	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
						開設者	従事者	出張のみ	計				
15年	25,724	216	437	17,684	4,534	723	192	686	1,601	15	12	1,020	205
16年	26,040	231	477	17,753	4,680	722	205	727	1,654	7	13	1,048	177
17年	27,047	221	405	17,883	5,603	691	225	670	1,586	2	18	1,190	139
18年	27,352	221	557	18,054	5,827	683	281	586	1,550	12	12	1,027	92
19年	27,927	229	570	18,293	6,129	679	298	553	1,530	12	13	1,061	90

（注1）「病院」については、「病院報告」に基づく。
（注2）「診療所」については、H17年は「医療施設調査」に基づく。平成15、16、18、19年は看護課で推計した。
（注3）「病院」及び「診療所」以外については、H16、18年は「衛生行政報告例」に基づく。平成15、17、19年は看護課で推計した。

看護師・准看護師就業者数(年次別、就業場所別)

（単位：人）

年次	区分	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人保健施設	訪問看護ステーション	社会福祉施設	介護老人福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
15年	看護師+准看護師	1,196,750	1,352	8,139	783,122	267,877	32,310	26,381	14,707	21,269	20,367	4,395	11,393	5,438
16年	看護師+准看護師	1,220,529	1,028	7,934	791,019	275,444	33,954	25,935	13,582	22,859	26,617	5,198	11,492	5,467
17年	看護師+准看護師	1,234,598	1,021	9,577	797,758	271,133	35,455	26,822	13,723	23,372	31,547	6,164	11,947	6,079
18年	看護師+准看護師	1,258,605	1,128	8,690	810,794	278,117	35,925	26,990	15,292	25,468	33,427	5,164	11,726	5,884
19年	看護師+准看護師	1,294,091	1,015	8,908	830,014	283,815	37,956	28,185	15,992	27,307	37,203	5,630	11,902	6,164
15年	看護師	772,407	1,159	5,998	573,828	110,075	12,808	22,941	7,915	8,713	10,561	3,206	11,359	3,844
16年	看護師	797,233	899	6,040	588,085	115,766	13,809	22,931	7,383	9,613	13,396	4,048	11,461	3,802
17年	看護師	822,913	896	7,176	600,872	122,194	14,466	23,831	7,410	9,766	15,627	4,724	11,903	4,048
18年	看護師	848,185	938	6,778	617,625	127,852	15,250	23,354	8,608	11,325	16,538	3,917	11,710	4,290
19年	看護師	882,819	844	7,030	640,197	133,694	16,359	24,525	8,982	12,232	18,279	4,350	11,884	4,443
15年	准看護師	424,343	193	2,141	209,294	157,802	19,502	3,440	6,792	12,556	9,806	1,189	34	1,594
16年	准看護師	423,296	129	1,894	202,934	159,678	20,145	3,004	6,199	13,246	13,221	1,150	31	1,665
17年	准看護師	411,685	125	2,401	196,886	148,939	20,989	2,991	6,313	13,606	15,920	1,440	44	2,031
18年	准看護師	410,420	190	1,912	193,169	150,265	20,675	3,636	6,684	14,143	16,889	1,247	16	1,594
19年	准看護師	411,272	171	1,878	189,817	150,121	21,597	3,660	7,010	15,075	18,924	1,280	18	1,721

（注1）「病院」については、「病院報告」に基づく。

（注2）「診療所」については、H17年は「医療施設調査」に基づく。平成15、16、18、19年は看護課で推計した。

（注3）「病院」及び「診療所」以外については、H16、18年は「衛生行政報告例」に基づく。平成15、17、19年は看護課で推計した。

２４．平成２２年度開校・課程変更・定員変更予定の看護師等養成所一覧

照会先：厚生労働省医政局看護課
担当者：平賀、奥田
連絡先：03-3595-2206

平成２２年度看護師等養成所の開校等の予定について

平成２２年４月１日開校等を予定している看護師等養成所について、下記のとおり指定及び変更承認をしたのでお知らせせします。

平成２２年度開校等の予定の看護師等養成所一覧

（平成21年12月25日現在）

【助産師養成所】

助産師養成所（全日制）新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
福岡県	遠賀中間医師会立遠賀中央看護助産学校	遠賀郡水巻町下二西二丁目1番33号	15	社団法人　遠賀中間医師会

助産師養成所（全日制）設置者変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
千葉県	亀田医療技術専門学校	鴨川市東町1343番地２	20	学校法人　鉄蕉館

【看護師養成所】

看護師養成所（３年課程全日制）新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
宮城県	仙台徳洲看護専門学校	仙台市太白区茂庭台1丁目3番4号	50	医療法人　徳洲会
山形県	酒田市立酒田看護専門学校	酒田市中町3丁目7番16号	30	酒田市
茨城県	茨城北西看護専門学校	常陸大宮市下村田字堂山２３０４番４	30	（仮）学校法人　志村学園
山口県	下関看護リハビリテーション学校	下関市竹崎町３丁目４番地１７号	40	学校法人　福岡保健学院
山口県	ＹＩＣ看護福祉専門学校	防府市中央町１番８号	40	学校法人　中央学園
山口県	ウエストジャパン看護専門学校	下関市大坪本町４４番２０号	40	医療法人　茜会

看護師養成所（３年課程全日制）定員変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
北海道	市立室蘭看護専門学院（看護学科）	室蘭市高砂町３丁目１１番１号	50→80	室蘭市
神奈川県	茅ヶ崎看護専門学校	茅ヶ崎市今宿３９０番地	40→80	学校法人　湘南ふれあい学園
神奈川県	厚木看護専門学校　看護第一学科	厚木市松枝２丁目６番５号	40→80	社会福祉法人　神奈川県総合リハビリテーション事業団
兵庫県	姫路市医師会看護専門学校　第１看護学科	姫路市御立西５丁目６番２２号	40→80	社団法人　姫路市医師会

看護師養成所（３年課程全日制）設置者変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
千葉県	亀田医療技術専門学校	鴨川市東町1343番地２	80	学校法人　鉄蕉館
新潟県	長岡看護福祉専門学校	長岡市上富岡町１９６１番地２１	40	（仮）学校法人　悠久崇徳学園
新潟県	上越看護専門学校	上越市大潟区犀潟５１７番１	40	（仮）学校法人　悠久崇徳学園

看護師養成所（３年課程全日制）課程変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
神奈川県	イムス横浜国際看護専門学校	横浜市緑区長津田６丁目２０番２４号	80	医療法人財団　明理会